



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS EM MULHERES

COM CANCRO DA MAMA:

O IMPACTO DA ESCRITA NARRATIVA

SOFIA MARIA PAIVA CABRAL

Orientadora de Dissertação:

PROF. DOUTORA CATARINA RAMOS

Co-orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR PEDRO ALEXANDRE COSTA

Coordenadora de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

2020

Dissertação de mestrado realizada sob a orientação da
Prof. Doutora Catarina Ramos, apresentada ao
ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau
de Mestre na Especialidade de Psicologia da Saúde.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, aos meus pais, pois sem eles nada disto seria possível. Por me transmitirem os melhores valores, por acreditarem sempre em mim e por me apoiarem nesta escolha desde o primeiro dia.

Ao meu irmão, pela palavra amiga, pela preocupação e atenção.

À Dr.^a Liliana, por todo o apoio e por ter um papel na minha vida que mais ninguém tem.

À Daniela, por ser uma amiga excepcional e presente em todos os momentos, uma irmã que nunca tive. À Bete, à minha segunda família, por todo o carinho e apoio.

À Raquel, à Ana e ao Daniel, por serem os meus amigos mais antigos e por todo o apoio e presença em qualquer ocasião.

À Bárbara e à Tatiana, por terem sido a maior surpresa deste último ano e por todo o carinho e amizade.

À Cláudia e ao Bernardo, por serem os amigos da faculdade que levo para a vida.

À Isabel, uma professora antiga e amiga.

À Prof. Doutora Catarina Ramos por toda a disponibilidade, acompanhamento, simpatia, atenção e amabilidade em toda esta etapa final.

À Prof. Doutora Isabel Leal, por toda a atenção e disponibilidade.

Ao Prof. Doutor Pedro Costa, por todo o incentivo, disponibilidade e simpatia.

À turma de Saúde, por toda a aprendizagem e dedicação neste último e desafiante ano.

Um grande obrigada a todos do fundo do coração por estarem presentes nesta jornada!

RESUMO

Objetivo: Este estudo teve como objetivo, analisar através da análise qualitativa, os excertos escritos através de escrita narrativa de mulheres com cancro da mama; compreender, através da análise qualitativa, as experiências subjetivas destas mulheres; explorar o conteúdo emocional e cognitivo que está presente na experiência individual; averiguar a experiência subjetiva do crescimento pós-traumático (CPT) que poderá estar presente nos relatos da experiência. Em suma, esperou-se compreender a experiência subjetiva das participantes e encontrar CPT e outras variáveis associadas nos excertos de escrita narrativa.

Método: O desenho de investigação é de cariz qualitativo e a amostra é constituída por 59 mulheres ($M = 52,46$; $DP = 8,744$), as quais escreveram as suas experiências com o cancro da mama, no âmbito da técnica de escrita narrativa aplicada durante uma intervenção em grupo realizada num estudo mais alargado. As participantes são utentes do Serviço de Oncologia de hospitais públicos ou privados da zona Grande de Lisboa e do Porto. Estas participaram num grupo psicoterapêutico que teve como objetivo promover o desenvolvimento de CPT e providenciar o ajustamento psicossocial ao cancro da mama.

Resultados: É possível concluir, através da análise qualitativa das experiências subjetivas destas participantes, que as reações à experiência do cancro não estão propriamente relacionadas com cada uma das fases do cancro da mama nem determinadas pelo fator cronológico, mas sim pelas diferentes fases de compreensão da doença. Assim, é possível verificar-se três diferentes fases de reação à experiência do cancro da mama, tais como: a) A experiência do cancro da mama; b) Vivência reflexiva do impacto do cancro da mama; c) Reflexão sobre ganhos e perdas relativamente ao antes e após a experiência do cancro.

Discussão: Os resultados permitem que as três fases da doença sejam consideradas ao nível da intervenção psico-oncológica e reforçam a existência de CPT em mulheres com cancro da mama, obtida através de métodos qualitativos.

Palavras-Chave: Cancro da Mama; Escrita Narrativa; Crescimento Pós-Traumático; Variáveis Psicossociais; Experiência Subjetiva

ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze, through qualitative analysis, based on written excerpts through expressive writing of women with breast cancer; understand through qualitative analysis the subjective experiences of these women; explore the emotional and cognitive content that is present in the individual experience; as well the subjective experience of post-traumatic growth (PTG) that may be present in the experience reports. Resumably, it was expected to understand the subjective experience of the participants and to find PTG and other associated variables in the expressive writing excerpts.

Method: The drawing research is qualitative and the sample consists of 59 women who have written ($M = 52,46$; $DP = 8,744$), their experiences with breast cancer, within the scope of the expressive writing applied during a group intervention carried out in a broader study. The participants are users of the Oncology Units of the public or private hospitals in Greater Lisbon and Porto. They participated in a psychotherapeutic group that aimed to promote the development of PTG and provide psychosocial adjustment to breast cancer.

Results: It is possible to conclude, through the qualitative analysis of the subjective experiences of these participants, that the reactions to the experience of cancer are not exactly related to each phase of breast cancer or determined by the chronological factor, but by the different phases of understanding the disease. Thus, it is possible to verify three different phases of reaction to the experience of breast cancer, such as: a) The experience of breast cancer; b) Reflective experience of the cancer; c) Reflection on gains and losses in relation to before and after the cancer experience. These results contribute into an intervention more focused on the integration of this disease in the personal life of women and consequently contribute to the PTG theory.

Discussion: The results allow the three phases of the disease to be considered at the level of psycho-oncological intervention and reinforce the existence of PTG in women with breast cancer, obtained through qualitative methods.

Key words: Breast cancer; Expressive Writing; Post-Traumatic Growth; Psychosocial variables; Subjective Experience

Índice

Lista de Figuras.....	VII
Lista de Tabelas.....	VII
Lista de Abreviaturas.....	VII
Introdução.....	2
Estado de Arte.....	3
Crescimento Pós-Traumático (CPT).....	3
Crescimento Pós-Traumático (CPT) e Cancro da Mama.....	7
Intervenção em Cancro da Mama.....	8
Escrita Narrativa.....	10
Estudos qualitativos e CPT.....	13
Pertinência do estudo e Objetivos.....	13
Método.....	15
Desenho do estudo.....	15
Participantes.....	15
Dados Sociodemográficos.....	15
Dados Clínicos.....	17
Procedimentos.....	19
Análise qualitativa.....	21
Resultados.....	22
Temas e Subtemas.....	23
Discussão.....	33
Limitações.....	38
Considerações Finais.....	39
Referências.....	40

Lista de Figuras

Figura 1 – Mapa temático que retrata os temas e subtemas da experiência subjetiva do cancro da mama

Lista de Tabelas

Quadro 1 – Características Sociodemográficas da Amostra (N=61)

Quadro 2 – Características Clínicas da Amostra (N=61)

Lista de Abreviaturas

M – Média

DP – Desvio-Padrão

CPT – Crescimento Pós-Traumático

PTG – Posttraumatic Growth

PTGI – Posttraumatic Growth Inventory

CPT – Crescimento Pós-Traumático

PTGI – Questionário de Crescimento Pós-Traumático

MVV – Movimento Vencer e Viver

HSJ – Hospital de São João

HSA – Hospital de Santo André

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

Introdução

O conceito de crescimento pós-traumático (CPT) refere-se a alterações psicológicas positivas em resultado dos esforços individuais despendidos no confronto com um episódio traumático na vida do sujeito. É então, uma alteração que o sujeito experiencia como um efeito do confronto com um episódio traumático, isto é, um processo cognitivo em que os sujeitos que passaram por acontecimentos traumáticos fazem interpretações positivas da experiência para lhe dar significado (Calhoun & Tedeschi, 1996; 2004).

O Modelo de Escrita Narrativa (Expressive writing) Pennebaker (2019) refere que o sujeito deve escrever acerca da experiência mais traumática que o sujeito já tenha vivido, neste caso seria a experiência do cancro da mama. Sendo que, também poderia relacionar esta experiência com outros eventos da sua vida, como a sua infância ou o seu trabalho, por exemplo. Enquanto escrevia, a pessoa deveria aprofundar as suas emoções e pensamentos mais profundos (Pennebaker, 2010).

Assim, o objetivo do estudo é dar ênfase à investigação qualitativa na área do CPT, pois esta permite uma maior diversidade, aceder à visão dos sujeitos a partir da análise qualitativa dos diários de escrita narrativa., dando importância à atribuição de significado dos mesmos e à integração de cada experiência individual nas suas vidas.

Nesta investigação, a amostra é de 59 mulheres com o diagnóstico do cancro da mama, com idades entre os 34 e os 78 anos de idade e a maioria de nacionalidade portuguesa.

A presente dissertação é constituída por três secções. A primeira é referente ao estado da arte, nomeadamente a referência de temas como o CPT, a definição do conceito e a sua relação o cancro da mama, a intervenção em cancro da mama, a definição do conceito escrita narrativa, os estudos qualitativos e o CPT e a pertinência do estudo e os seus objetivos. A segunda refere-se ao método utilizado no presente estudo, nomeadamente o desenho do estudo, os participantes, os procedimentos, o tipo de análise qualitativa efetuada e os dados sociodemográficos e clínicos da amostra. A terceira refere-se aos resultados obtidos e à discussão do presente estudo juntamente com as suas limitações e as considerações finais.

1. Estado de Arte

1.1 Crescimento Pós-Traumático (CPT)

É importante referir o conceito de trauma. Este ocorre aquando da vivência de um episódio traumático e é um processo psíquico em que o indivíduo é confrontado com episódios de angústia. Este processo diz respeito a situações de vivência emocional que serão vividas novamente (Zavaroni & Viana, 2015). No entanto, apesar das reações negativas a um acontecimento traumático, nos últimos anos, a investigação tem-se centrado na compreensão também dos aspetos positivos que podem ser percebidos no confronto com um acontecimento traumático. Ou seja, passou-se a considerar não só os efeitos negativos, como o choque, a raiva, a angústia e a depressão, como também os efeitos positivos, isto é, crescimento pós-traumático (CPT). A percepção do episódio traumático conduz a uma nova perspetiva e a uma nova imagem conceptual, surgindo um lado positivo acerca do trauma.

O conceito de crescimento pós-traumático (CPT) refere-se a alterações psicológicas positivas em resultado dos esforços individuais despendidos no confronto com um episódio traumático na vida do sujeito. Estas mudanças surgem como resultado ao que os sujeitos consideravam verdadeiro no contexto das suas vidas. É então, uma alteração que o sujeito experiencia como um efeito do confronto com um episódio traumático, isto é, um processo cognitivo em que os sujeitos que passaram por acontecimentos traumáticos fazem interpretações positivas da experiência para lhe dar significado (Calhoun & Tedeschi, 1996; 2004). Considera-se ser o conceito que representa melhor a essência do fenómeno de crescimento individual. E ainda, identifica um desenvolvimento nos vários níveis do funcionamento individual, um resultado do envolvimento pessoal para lidar com o acontecimento traumático suficientemente significativo (Tedeschi & Calhoun, 1996; 2004).

O questionário de Crescimento Pós-Traumático (PTGI) desenvolvido por Tedeschi e Calhoun (1996), descreve o CPT em 5 dimensões: a) Novas Possibilidades, conhecer individualmente novos objetivos e orientações para a vida; b) Relação com os Outros, progresso nas relações interpessoais e reconhecimento de uma maior familiaridade com os outros; força individual; c) Força Individual, reconhecimento de uma força individual e percepção de uma maior capacidade para lidar com várias situações; d) Apreciação da Vida, alteração da apreciação da vida em geral e mudança das prioridades; e) Mudança Espiritual, um maior entendimento sobre questões existenciais e um maior envolvimento em áreas espirituais e filosóficas.

De acordo com o modelo teórico de Tedeschi e Calhoun (Tedeschi, Shakespeare-Finch, Taku & Calhoun, 2018), o desenvolvimento do CPT passa por um processo de acontecimento traumático ou perturbador; percepção de aspectos negativos e positivos do sucedido; mudança nas crenças centrais, ou seja, acontece uma quebra nos aspectos cognitivos frequentes para um melhor entendimento de si próprio, dos outros e do mundo; processamento cognitivo e atribuição de significado para a reconstrução da narrativa pessoal; percepção de mudanças positivas (CPT). É importante salientar que, o CPT acontece quando um confronto individual com o episódio traumático, no entanto, mesmo em situações mais perturbadoras para o sujeito, nem sempre este desenvolve CPT (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Existem sujeitos com uma maior propensão de experienciar CPT do que outros, através da possibilidade de surgir um pré-trauma consoante a personalidade de cada um, mas estes podem experienciar igualmente uma mudança positiva, que é então o processo de CPT. Estes sujeitos apresentam um elevado nível de complexidade, otimismo, extroversão, criatividade, esperança e abertura para novas experiências, o que pode conduzir a uma experiência de CPT (Calhoun & Tedeschi, 1999).

Relacionado com o CPT, existem várias teorias conceituais, sendo que uma integra o CPT como uma realidade tendo como base Teorias Sócio-Cognitivas. O CPT é compreendido como uma consequência repentina do coping individual com situações aversivas, sendo que aqui está inerente a acomodação, pois existe uma necessidade de alterar os esquemas cognitivos para acomodar nova informação que surge após o trauma (Sumalla, Ochoa & Blanco, 2009). O CPT pode também ser percebido como uma ilusão e um crescimento positivo que ocorre após o trauma, mas que na verdade, acaba por não ocorrer. Relaciona-se com a forma de encarar o acontecimento traumático, modificar a estratégia de coping, sem que existam mudanças na identidade do indivíduo. Posto isto, surge um processo de assimilação (Sumalla et al., 2009).

É possível discutirem-se três perspetivas acerca da definição de CPT. Cada modelo apresenta um método e uma visão distinta acerca de mudanças positivas que ocorrem nos sujeitos. Um processo que engloba a força que o sujeito obtém a partir do sofrimento que sente, ao passo que desenvolve novas percepções e formas de encarar e adaptar-se a todo o processo; uma nova direção para si próprio, que segundo Janoff-Bulman (2006) refere como uma reavaliação existencial, mas que pode ser vista como um momento de reflexão; a preparação psicológica, que se refere a alterações do sujeito, mais propriamente, do seu “mundo assumptivo”, isto é, o sujeito vai reconstruir a sua estrutura psicológica após o trauma, usando

a experiência vivida para esse mundo se tornar mais resistente e funcional, caso surjam novos acontecimentos traumáticos. Iria apresentar-se como um conjunto de alterações complexas (Janoff-Bulman, 2006).

No entanto, o primeiro modelo teórico acerca do CPT foi estabelecido por Tedeschi e Calhoun (1995), que de uma forma inicial, definiu conceitos teóricos acerca do *coping*, criatividade e mudança. Com vista a desenvolver um processo cognitivo para traçar o processamento do crescimento, foram desenvolvidos sete princípios. Estes dão relevância à reconstrução de compreensões positivas acerca do trauma juntamente com os seus resultados, pois são consideradas a base para o surgimento do crescimento. Segundo o modelo de Tedeschi et al. (2018), as características de personalidade do sujeito vão influenciar a forma como este vai experienciar o acontecimento traumático. Vai alterar as crenças do sujeito, conduzindo ao processamento cognitivo e o surgimento da ruminação automática e também a deliberada, que inclui o CPT. O suporte social é igualmente um fator importante, pois facilita no processo de lidar com os tipos de ruminação acima referidos. O CPT desenvolve-se através da ligação com a ruminação deliberada, o desenvolvimento de uma narrativa, a sabedoria e o que a angústia que o trauma provoca pode fornecer, pois o modelo de CPT afirma que existe uma correlação entre o crescimento e a angústia provocada pelo trauma, que se modifica consoante o nível de crescimento e de angústia (Tedeschi et al., 2018).

Com o passar do tempo foram surgindo várias revisões acerca deste modelo, focadas no CPT, nomeadamente, Tedeschi & Calhoun (1998; 2004; 2006; 2013) e Calhoun, Cann & Tedeschi (2010). Segundo a versão mais atual do modelo teórico de CPT (Tedeschi et al., 2018), o processo de desenvolvimento de CPT após um trauma, incluem estes nove elementos: a) A pessoa pré-trauma, que apresenta um bem-estar moderado, uma pré-disposição inicial para o desenvolvimento do pós-trauma, um processamento cognitivo complexo, ativo, aberto e de esperança que conduz ao CPT; b) Evento traumático sísmico (o evento traumático que apresenta uma variabilidade individual); c) Desafios (direcionados para objetivos, crenças e capacidade de gerir); d) Ruminação (mais automática e intrusiva do que deliberada); e) *Coping* (menor sofrimento emocional devido à utilização de estratégias de regulação emocional); f) Suporte social (sentimento de conforto, maior capacidade de lidar com a situação, devido à companhia de alguém em específico – *Expert Companionship*); g) CPT (relacionado com força pessoal, mudança espiritual, valorização da vida); h) Desenvolver uma narrativa e Sabedoria; Algum sofrimento duradouro devido ao trauma (que se pode focar na mudança e no crescimento) (Tedeschi et al., 2018).

Nas versões anteriores do modelo, é destacado o suporte social que influencia os tipos de ruminação (automática e deliberada), como referido anteriormente, a expressão emocional a partir da escrita ou outro meio. Apesar de existirem algumas alterações deste modelo face aos primeiros, o mais recente refere efeitos do CPT e a consequência do relato da experiência como uma transformação deste em bem-estar. Em suma, este mais recente modelo afirma que pode surgir um acontecimento traumático que coloca em causa e perturba as crenças ou os objetivos de vida dos sujeitos, conduzindo às tais referidas ruminatórias intrusivas e deliberadas (Tedeschi et al., 2018).

A disrupção das crenças centrais é bastante crucial no que envolve o processo de CPT. É durante o processo de reconstrução que surgem novas crenças, conduzindo a uma visão mais aprofundada do acontecimento traumático e uma consequente acomodação a novos processos cognitivos (Cann et al., 2010). Segundo o modelo do CPT de Calhoun e Tedeschi (2013; atualizado por Tedeschi et al., 2018), a desconstrução de crenças centrais pode despoletar o começo de um novo método de reconstruir o processo cognitivo, sendo uma forma de entender o episódio traumático, e por isso pode conduzir a novas formas de interpretar o trauma e os seus possíveis ganhos depois da ocorrência deste. O CPT não acontece como uma solução automática face ao stress, mas sim como uma resposta relativamente ao esforço psicológico feito pelo próprio sujeito após a desconstrução de crenças centrais (Ramos et al., 2016).

Assim, após a disrupção de crenças centrais há uma necessidade de reformular os esquemas cognitivos, através da ruminação. A ruminação assenta num processo cognitivo associado ao acontecimento traumático e consiste em dois tipos de pensamento (Tedeschi & Calhoun, 2004). Começa por ser um processo intrusivo e involuntário, onde existem pensamentos repetidos sobre o episódio traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004) – ruminação intrusiva. A ruminação intrusiva é disruptiva, ocorre num momento inicial e caracteriza-se por ser vivida por episódios intrusivos e repetidos acompanhados por pensamentos ou imagens referentes ao episódio traumático, sendo estes negativos e desagradáveis. Já a ruminação deliberada e construtiva, refere-se a uma nova análise da narrativa de vida, ou seja, são criadas crenças centrais que conduzem a uma acomodação do episódio traumático. (Cann et al., 2011). Ou seja, os pensamentos deliberados e construtivos, surgem em substituição dos pensamentos intrusivos e disruptivos ocorrerem num momento inicial, e encarregam-se de dar significado ao episódio traumático que foi vivido. Salienta-se então, que a ruminação é um processo cognitivo do trauma e representa um aspeto fundamental para o crescimento (Tedeschi et al., 2018).

Desta forma, é possível afirmar que os sujeitos compreendem o trauma como algo inerente a uma transformação. Após o episódio traumático, surge: uma mudança cognitiva e emocional, o que vai ajudar o sujeito a criar representações mentais que facilitam a sua adaptação aquando confrontado por acontecimento traumático (Resende, Sendas & Maia, 2008).

1.2 Crescimento Pós-Traumático (CPT) e Cancro da Mama

O processo de CPT tem sido estudado em vários acontecimentos traumáticos ou adversos (Tedeschi & Calhoun, 2004). No que diz respeito ao cancro da mama, diversos estudos têm avaliado a presença de CPT, como a perceção de mudanças positivas após o diagnóstico de cancro (e.g. Pat-Horenczyk et al., 2015; Taku et al., 2009).

Em mulheres com o diagnóstico do cancro da mama, o CPT está associado à PPST (Perturbação de stress pós-traumático), ou seja, pode ocorrer no processo de desenvolvimento após o trauma. No entanto, são variáveis independentes entre si, pois o CPT não depende do PPST para ocorrer. Este diagnóstico pode então representar um episódio traumático, não só por constituir uma situação negativa e ameaçadora para a vida da própria mulher, mas também um efeito disruptivo sobre as crenças centrais. Associando-se a acontecimentos traumáticos, podem observar-se aspetos psicológicos positivos e negativos, perante o diagnóstico como também o tratamento desta doença oncológica (Cordova, 2007).

De acordo com o modelo teórico de CPT acima mencionado, o diagnóstico do cancro da mama, compreendido como um acontecimento traumático, pode conduzir a uma desconstrução do mundo assumptivo. Assim, ocorre o processo de ruminação intrusiva de forma elevada, pois está ligado ao mau ajustamento por parte destas mulheres à doença oncológica (Cann et al., 2010; Danhauer et al., 2013). Em termos de aspetos psicológicos positivos, nestas mulheres pode verificar-se uma maior apreciação da vida, maior satisfação com as relações interpessoais e alterações também positivas nas suas crenças religiosas (Cordova, 2001).

É crucial referir a expressão emocional, pois esta promove a compreensão da experiência traumática (ou seja, o cancro da mama) como uma nova perspetiva mais positiva (CPT). A expressão emocional promove competências individuais, sendo que esta simplifica a modificação de crenças após o trauma, o processamento cognitivo e emocional e a inclusão da

vivência do cancro na vida do sujeito, pelos quais são causas que promovem o progresso do CPT (Ramos, 2016). Este conceito define-se associado ao CPT como a possibilidade do próprio sujeito exprimir as suas emoções associadas ao acontecimento traumático com outros sujeitos. Os que exprimem e partilham emoções negativas e desconfortáveis para os mesmos com outros significativos, tendem a sentir mais tranquilidade e satisfação e demonstram intenções agradáveis e de interesse relativamente à ajuda terapêutica face àqueles sujeitos que não exprimem as suas emoções (Kahn & Garrison, 2009). Assim, a expressão emocional promove a compreensão das inquietações e sentimentos negativos e a avaliação da experiência traumática, facilitando o processo cognitivo e emocional, a aceitação e a atribuição de significado a essa experiência. Assim, é possível promover o desenvolvimento do CPT (Taku et al., 2009).

Vários são os estudos que associam a expressão emocional ao CPT em mulheres com cancro da mama, verificando-se assim como uma variável proditora no progresso do CPT. Segundo Cordova e colaboradores (2007), mulheres que entendam que a sua família e os seus amigos são menos propensos a debater ou a questionar a sua experiência do cancro da mama apresentavam-se mais deprimidas, com um grau de evitamento em partilhar os seus sentimentos relativamente ao cancro, acabando por impossibilitar o processamento cognitivo e emocional. Assim, quando se exprime sentimentos e emoções acerca de toda a experiência vivida aquando do episódio traumático, é possível potenciar a ruminação e o CPT (Ramos & Leal, 2013). Ainda assim, a expressão emocional promove competências desenvolvidas em contexto de psicoterapia de grupo (Ramos, 2016).

1.3 Intervenção em Cancro da Mama

O cancro da mama apresenta-se como um problema na saúde pública devido à sua prevalência e mortalidade e em muitos casos, o diagnóstico e o tratamento desta doença têm vindo a apresentar um elevado impacto a nível físico e psicossocial no dia-a-dia destas mulheres. Nesta fase, apresentam elevados níveis de ansiedade e depressão e baixos níveis de qualidade de vida.

É de salientar a importância da intervenção em grupo no que diz respeito a esta doença oncológica, não só a nível de apoio psicossocial, mas também ao nível da relação custo-benefício, ou seja, do acompanhamento hospitalar (Brandão & Matos, 2015). Este tipo de intervenção, é vantajoso, uma vez que promove a partilha de experiências, emoções, sentimentos e até discussão sobre a doença (Lechner, 2004). O ambiente que existe ao nível

grupais, é um contexto seguro e de conforto para a partilha de vários aspetos relacionados com o cancro da mama, tais como dúvidas, incertezas, medos sobre a doença, havendo também uma melhor comunicação intergrupais comparativamente a outros ambientes (o familiar, por exemplo) em que a comunicação nem sempre é facilitadora. Por outro lado, poderá também promover uma diminuição de pensamentos negativos e a aprendizagem de novas estratégias, com a ajuda dos restantes membros do grupo (Antoni et al., 2006).

Existem vários tipos de intervenções cognitivo-comportamentais que se distinguem entre si em relação à periodicidade, nº de sessões, objetivos e estratégias. As intervenções em grupo mais comuns são: a terapia psicoeducacional, a terapia psicossocial, a terapia de suporte expressiva, a terapia cognitivo-comportamental, a terapia cognitivo-comportamental para a gestão do stress, terapia de autogestão e a terapia de escrita narrativa (Ramos, 2016).

Vários estudos mostraram a eficácia destas variadas intervenções em grupo. No caso da terapia psicoeducacional, esta intervenção mostrou-se eficaz na diminuição da ansiedade e depressão, da raiva e melhoria na satisfação com as relações interpessoais, na saúde em geral e no estado emocional (Dolbeault et al., 2009); a terapia psicossocial, segundo Cameron e colaboradores (2007), reportaram que houve um aumento no uso de técnicas de relaxamento, no controlo percebido, maior bem-estar emocional e na eficácia das estratégias de *coping*, redução da perceção do risco de recorrência, menor preocupação com a doença e diminuição da ansiedade; na terapia de suporte expressiva, Butler e colaboradores (2009), demonstraram que existiu uma eficácia desta intervenção em mulheres com cancro da mama, pois apresentou resultados positivos nomeadamente a redução da intensidade da dor e do sofrimento a longo prazo; a terapia cognitivo-existencial (Kissane et al., 2003), apresenta eficácia na satisfação das mulheres com o suporte social, com as estratégias de *coping*, na perceção de crescimento individual e no aumento do conhecimento sobre a doença oncológica e dos seus tratamentos; a terapia cognitivo-comportamental (Chilcot et al., 2014), demonstrou eficácia nesta intervenção relativamente a efeitos positivos nos sintomas de menopausa em mulheres com cancro da mama, existindo uma relação entre a eficácia e os sintomas através do surgimento de mediadores tais como: perceção de autocontrolo acerca dos afrontamentos, crença sobre afrontamentos em meio social, humor deprimido e problemas do sono; a terapia cognitivo-comportamental de gestão do stress, por exemplo, mostrou-se positiva por reduzir os níveis de cortisol, melhorar o sistema imunitário, e no reconhecimento de aspetos positivos depois do episódio traumático em mulheres com cancro da mama comparativamente a mulheres sem esta doença (Antoni et al., 2011; Cruess et al., 2000); a terapia de autogestão, apresentou uma

redução dos níveis de stress, ansiedade e depressão nas mulheres com cancro da mama (Loh et al., 2012) e a terapia de escrita narrativa (Craft et al., 2013) que se demonstrou eficaz, pois o grupo de intervenção que escreveu sobre a sua experiência individual acerca da doença aumentou de forma significativa a qualidade de vida (Ramos, 2016; Adaptado de Ramos & Patrão, 2015).

É igualmente importante analisar de forma crítica o conteúdo destas intervenções, fazer uma avaliação da sua eficácia no que diz respeito a melhorar e promover o bem-estar físico e psicossocial das mulheres que passam por esta doença. Muitos destes estudos mostram que estas intervenções são, então, benéficas de várias formas para o foro psicológico e biológico dos doentes, pois é necessário que se verifique e compreenda as mudanças que surgem com a integração destes programas. São ainda consideradas bastante importantes, principalmente quando realizadas em grupo, pois promovem o apoio psicossocial nestas mulheres (Brandão & Matos, 2015).

Num estudo de Roepke (2014), foi verificado que a intervenção em grupo potencia o CPT depois da ocorrência do acontecimento traumático. Assim, é possível afirmar que a intervenção em grupo desenvolve e promove o CPT, pois o processo de partilha de experiências, emoções e pensamentos, potencia também processos cognitivos em que se constroem esquemas, uma visão positiva face à doença devido à sua reavaliação e a reedificação de crenças centrais (Lechner, 2004).

1.4 Escrita Narrativa

A Escrita narrativa define-se como uma técnica de escrita terapêutica que potencia a promoção de resultados positivos a nível psicológico de forma a colmatar emoções inibidoras (Pavlastic et al., 2019). Pennebaker e Beall (1986) foram os primeiros a desenvolver esta técnica, a qual é definida como a escrita dos pensamentos e sentimentos relacionados com um episódio traumático. A instrução original referia 3 a 5 sessões de escrita cada uma com 15 a 20 minutos de duração (Pavlastic et al., 2019). Assim, o sujeito deve escrever acerca da experiência mais traumática que já tenha vivenciado, centrando-se nas emoções, sentimentos e pensamentos experienciados. Sendo que, também pode relacionar esta experiência com outros eventos da sua vida, como a sua infância ou o seu trabalho, por exemplo. Enquanto escreve, a pessoa deve aprofundar as suas emoções e pensamentos mais profundos (Pennebaker, 2010). Devem ainda existir recomendações em contexto terapêutico que devem ser seguidas no âmbito desta técnica,

sendo estas: a escrita narrativa deve ser dirigida apenas para o sujeito que a escreve e só em situações específicas partilhada com o terapeuta ou com um grupo; se o sujeito partilha o que escreveu, este deve ser orientado a falar sobre si em vez de ler sobre si; deve existir cuidado em aconselhar o sujeito no que fazer com o que escreveu para não haver o risco do conhecimento de terceiros (Pennebaker, 2010).

Tem sido reconhecida, em vários estudos, a eficácia da escrita narrativa, como por exemplo, a diminuição do número de visitas de médicos a doentes com cancro da mama (Stanton et al., 2002) e também, a nível psicológico, com a redução de sintomas de depressão, stress pós-traumático e ansiedade (Pavlacic et al., 2019). Ainda na área da saúde, a escrita narrativa tem apresentado resultados importantes. A investigação demonstra que escrever sobre eventos traumáticos ou stressantes pode conduzir a consequências positivas na saúde dos sujeitos (Pennebaker et al., 1986; 1993; 1997). Outros estudos demonstram ainda que, quando estes não partilham sentimentos com outros relativamente aos episódios traumáticos que possam ter ocorrido, pode surgir uma consequência negativa na saúde (Lepore, 1997).

Em particular, um estudo de O'Connor, Christensen, Jensen, Moller e Zachariae (2011), demonstra que quem escreve sobre um trauma pessoal apresenta melhores resultados de saúde do que indivíduos que não o fazem e revela uma maior sensação de bem-estar, uma vez que a escrita narrativa permite uma identificação, exploração e expressão de pensamentos e sentimentos por vezes difíceis de expressar e sobre os quais não conseguem falar abertamente com outro sendo, portanto, considerado um processo psicoterapêutico. A escrita narrativa pode ser compreendida como um auxiliar no ajustamento psicológico e nas experiências stressantes, sendo o seu principal objetivo promover a expressão emocional e o processamento cognitivo da experiência traumática. Em consequência, as relações familiares e sociais podem ser beneficiadas, porque o sujeito desenvolveu uma maior capacidade de expressão emocional através da escrita, não sendo, no entanto, considerado um ganho direto. Em primeiro lugar, a escrita narrativa é para o próprio sujeito e não para os outros; é o “diálogo de si para si” que potencia o processamento cognitivo. Consequentemente, quando escreve sobre as suas experiências, dá a possibilidade de os outros conhecerem melhor o estado psicológico e físico do doente e beneficia da manutenção dos laços sociais com os mesmos, o que permite que a situação presente possa atenuar o sofrimento e a angústia emocional que afeta em muitos aspetos a vida do paciente. Convém realçar que é importante tanto para o paciente, enquanto autor da sua história, como para os outros, ter acesso a conteúdos até outrora partilhados devido à complexidade de os comunicar (O'Connor et al., 2011).

Existem vários estudos que relacionam a escrita narrativa e o cancro. Segundo Zakowski, Ramati, Morton, Johnson e Flanigan (2004), a expressão emocional através da escrita pode reduzir a angústia e os efeitos de inibição social em pacientes com cancro. Os resultados mostraram que a expressão emocional por meio da escrita, realmente reduziu significativamente esses efeitos. No entanto, esta técnica de expressão emocional não se demonstrou produtiva em todos os pacientes com cancro (Zakowski, 2004).

Outro estudo relevante acerca desta temática foi o de Low, Stanton, Bower e Gyllenhammer (2010), que tiveram como objetivo avaliar o impacto da escrita emocional expressiva em doentes com cancro da mama e se os efeitos da intervenção realizada se alteravam ou não consoante o suporte social ou o tempo desde que foi feito o diagnóstico. Os resultados demonstram que a escrita expressiva não teve efeitos na diminuição do sofrimento psíquico destas mulheres, mais especificamente sintomas depressivos e pensamentos relacionados com o cancro, como também em progressos na melhoria do estado de saúde físico, como é o caso de menos problemas a nível do sono e de sintomas somáticos. Na prática esta intervenção não foi eficaz e apesar dos resultados não terem sido significativos, houve benefícios com esta intervenção. Assim, a escrita expressiva pode sugerir uma boa relação de custo-benefício, uma breve intervenção psicossocial em mulheres que já foram diagnosticadas ou que apresentem um baixo suporte social.

Ainda num estudo de Graf, Gaudiano e Geller (2008), com o objetivo de compreenderem de que forma os utentes de psicoterapia usufruíram do protocolo de escrita expressiva de Pennebaker e Beall (1986), este foi ajustado para ser utilizado como intervenção. Foram-lhes dadas orientações de expressão emocional escrita e de controlo de escrita como trabalho de casa, sendo que estas foram recolhidas em três sessões. Os participantes demonstraram resultados significativos, nomeadamente uma maior diminuição da ansiedade e de sintomas depressivos, como também uma maior evolução positiva em psicoterapia comparativamente ao grupo de controlo de escrita. Assim, a expressão emocional escrita facilita o processo terapêutico.

1.5 Estudos Qualitativos e CPT

Segundo Tedeschi et al., 2018, a metodologia qualitativa é considerado importante porque permite: questionar em vez de testar hipóteses, com o objetivo de dar ênfase às experiências vividas pelos sujeitos; avaliar e ter acesso a várias formas que os sujeitos têm de viver a experiência do CPT; facilitar a percepção do CPT e o modo como este se desenvolve, descobrindo fatores que podem conduzir a uma análise quantitativa do constructo; o acesso às experiências vividas pelos sujeitos surgindo, assim, um novo conhecimento sobre possíveis diferenças a nível pessoal, intercultural e do desenvolvimento na forma como as pessoas percebem e expressam o CPT. Para além disso, somente as perguntas realizadas neste tipo de análise (qualitativa), facilitam o acesso a relatos espontâneos acerca da experiência do CPT. A investigação qualitativa pode ser, então, uma mais-valia para a compreensão da percepção do trauma, das suas consequências, do processo e dos resultados do CPT. Esta pode incluir entrevistas semiestruturadas, perguntas abertas, a escrita narrativa e grupos focais (Tedeschi et al., 2018).

No que diz respeito a estudos realizados sobre CPT, estes são ainda maioritariamente quantitativos. E por esse motivo, é importante a realização de estudos qualitativos para uma melhor compreensão do conceito à luz da experiência subjetiva dos participantes.

1.6 Pertinência do estudo e Objetivos

Este estudo enquadra-se na intervenção psicoterapêutica realizada por Ramos (2016) com o objetivo de promover o desenvolvimento do CPT em mulheres com cancro da mama e de potenciar o ajustamento psicossocial nessa mesma doença. Deste modo, serão então utilizados relatos escritos que resultaram da aplicação da Escrita Narrativa no âmbito de grupos psicoterapêuticos para facilitar o CPT em mulheres com cancro da mama (Ramos, 2016).

A pertinência do presente estudo centra-se no facto de ser um estudo qualitativo, e deste modo, dar ênfase à investigação qualitativa na área do CPT, pois esta permite uma maior diversidade, aceder à visão dos sujeitos, dar importância à atribuição de significado dos mesmos, integrando cada experiência individual nas suas vidas, como também melhores formas

de intervenção com base no relato de cada sujeito. Assim, é possível reconhecer a importância do conhecimento e compreensão da experiência subjetiva dos sujeitos, como também decidir a intervenção sobre a mesma, podendo também existir um papel facilitador não só para o sujeito que escreve sobre a sua experiência e elabora a sua narrativa, mas também para o investigador que acaba por ter proximidade com essa mesma experiência do sujeito (Brandão, Taquette & Ribeiro, 2017). Ou seja, o estudo é pertinente porque pretende avaliar duas vertentes: a experiência de mulheres com cancro da mama através de uma abordagem qualitativa e também, o CPT através de um estudo qualitativo, sendo que o CPT é mais comumente analisado em estudos quantitativos.

Os objetivos deste estudo são, então analisar, através da análise qualitativa os excertos escritos através de escrita narrativa de mulheres com cancro da mama; compreender, através da análise qualitativa, as experiências subjetivas destas mulheres; explorar o conteúdo emocional e cognitivo que está presente na experiência individual; averiguar a experiência subjetiva do crescimento pós-traumático que poderá estar presente nos relatos da experiência. Em suma, espera-se compreender a experiência subjetiva das participantes e encontrar CPT e outras variáveis associadas nos excertos de escrita narrativa.

2. Método

2.1 Desenho do Estudo

O desenho de investigação foi qualitativo e a amostra foi constituída por mulheres, as quais escreveram as suas experiências com o cancro da mama, no âmbito da técnica de escrita narrativa aplicada durante uma intervenção em grupo realizada num estudo mais alargado.

2.2 Participantes

A amostra inicial foi de 61 mulheres, utentes de hospitais do Serviço de Oncologia de um dos hospitais públicos ou privados da zona Grande de Lisboa e do Porto, sendo que foram excluídas 2 participantes, devido ao facto de os seus diários estarem em branco, ou seja, não preenchidos. Assim, verificou-se um *drop-out* de 3,3%. A amostra final é constituída por 59 mulheres. Os critérios de inclusão foram: nacionalidade portuguesa ou residência em Portugal, diagnóstico de cancro da mama com o estágio entre I e III, ausência de reaparecimento de cancro da mama ou de outro tipo de cancro anteriormente, data de diagnóstico desde janeiro de 2011, idade superior a 18 anos e ausência de perturbação física ou mental que pudesse dificultar a participação no estudo (Ramos, 2016).

2.3 Dados Sociodemográficos

Relativamente às características sociodemográficas da amostra, conforme verificado no quadro 1, esta é composta por um total de mulheres ($n = 59$), de nacionalidade portuguesa ($n = 57$; 96,6%) e com uma média de idades de 52,46 anos de idade ($DP = 8,744$; $Min = 34$; $Máx = 78$). A nível de residência, verifica-se um maior número de participantes na região do Grande Porto ($n = 35$; 59,3%). Algumas das participantes apresentam ter frequentado o ensino superior, nomeadamente terem completado a Licenciatura ($n = 12$; 20,3%), como também a 4ª Classe ($n = 12$; 20,3) e o 9º Ano de escolaridade ($n = 11$; 18,6%). Na sua maioria, estas mulheres são casadas ($n = 35$; 59,3%) e mantêm uma relação amorosa ($n = 42$; 71,2%). Ainda assim, 45,9% destas mulheres têm dois filhos ($n = 26$; 44,1%) e aproximadamente metade da amostra é seguida no HSJ no Porto ($n = 28$; 47,5%).

Quadro 1

Caraterísticas Sociodemográficas da Amostra (N=59)

Variável	N	%
Género	59	100,0
Feminino	52,46	8,744
Idade (<i>M, DP</i>)		
Nacionalidade		
Portuguesa	57	96,6
Cabo Verdiana	1	1,7
Angolana	1	1,7
Residência		
Lisboa	7	11,9
Oeiras	4	6,8
Vila Nova de Gaia	4	6,8
Porto	9	15,3
Valongo	9	15,3
Almada	1	1,7
Amadora	3	5,1
Caxias	1	1,7
Gondomar	3	5,1
Loures	1	1,7
Mafra	1	1,7
Maia	5	8,5
Matosinhos	2	3,4
Oiã	1	1,7
Paços de Ferreira	1	1,7
Santo Tirso	1	1,7
Seixal	1	3,4
Sintra	2	1,7
Vale de Cambra	1	1,7
Vila do Conde	1	1,7
	35	59,3
Sub-Região	19	32,2
Grande Porto	3	5,1
Grande Lisboa		
Península de Setúbal	1	1,7
Entre Douro e Vouga	1	1,7
Pontevedra (Espanha)		
Escolaridade		
4ª Classe	12	20,3
6º Ano	4	6,8
7º Ano	1	1,7
9º Ano	11	18,6
12º Ano	9	15,3
Curso Complementar ao 12º Ano	1	1,7
Licenciatura	12	20,3
Mestrado	1	1,7
Pós-Graduação	1	1,7
Bacharelato	5	8,5
Situação Profissional		
Ativa	31	52,5
Desempregada	16	27,1
Reformada	6	10,2
Doméstica	6	10,2
Atualmente, mantém uma relação amorosa		
Sim	42	71,2
Não	17	28,8

Estado Civil		
Solteira	7	11,9
Casada	35	59,3
União de facto	3	5,1
Divorciada	11	18,6
Viúva	3	5,1
Número de Filhos		
0	11	18,6
1	16	27,1
2	26	44,1
3	4	6,8
4	1	1,7
5	1	1,7
Local		
MVV	15	25,4
HSJ	28	47,5
HSA	9	15,3
HSFX	4	6,8
Hospital da Luz	3	5,1

2.4 Dados Clínicos

Relativamente às características clínicas da amostra, conforme verificado a tabela 2, todas as participantes iniciaram o tratamento ($n = 59$; 100,0%) e 44,1% encontra-se no estágio II do cancro ($n = 26$). O tempo desde o diagnóstico da doença apresenta uma média de ($M = 18,12$) meses desde o diagnóstico. O tratamento mais frequentemente utilizado por estas mulheres é a quimioterapia ($n = 52$; 88,1%), sendo que 64,4% das mulheres encontra-se em terapêutica hormonal ($n = 38$) e a maioria ainda não terminou os tratamentos ($n = 52$; 88,1%) nem utiliza ou utilizou terapêuticas dirigidas ou complementares ($n = 53$; 89,8%). O tipo de cirurgia mais comum é a cirurgia conservadora ($n = 28$; 47,5) e a mastectomia ($n = 28$; 47,5%). É ainda importante salientar que, a amostra total ($n = 59$; 100,0%) apresenta o seu primeiro diagnóstico de cancro da mama.

Quadro 2

Caraterísticas Clínicas da Amostra (N=59)

Variável	N	%
Tempo desde o Diagnóstico (M; DP)	18,12	22,644
Estádio do Cancro		
Estádio 0	2	3,4
Estádio I	9	15,3
Estádio II	26	44,1
Estádio III	9	15,3
Estádio IV	1	1,7
Não sabe/Não está no processo	12	20,3
Início do Tratamento		
Sim	59	100,0
Cirurgia Conservadora		
Sim	28	47,5
Não	31	52,5
Mastectomia		
Sim	28	47,5
Não	31	52,5
Quimioterapia		
Sim	52	88,1
Não	7	11,9
Radioterapia Externa		
Sim	37	62,7
Não	22	37,3
Radioterapia Interna		
Sim	3	5,1
Não	56	94,9
Terapêutica Dirigida		
Sim	14	23,7
Não	45	76,3
Terapêutica Hormonal		
Sim	38	64,4
Não	21	35,6
Fase do tratamento		
Em quimioterapia	14	23,7
Em Terapêutica Hormonal	24	40,7
Em Terapêutica Dirigida	3	5,1
Em Radioterapia	5	8,5
Vigilância Clínica	9	11,9
Terapêutica Hormonal e Terapêutica Dirigida	2	3,4
Radioterapia e Terapêutica Hormonal	3	5,1
Vai realizar a cirurgia	1	1,7
Término dos tratamentos		
Sim	7	11,9
Não	52	88,1

Este é o seu 1º diagnóstico de cancro da mama			
Sim	59	100,0	2.3 2.5 2.5
Utiliza ou utilizou terapêuticas dirigidas ou complementares			
Sim	7	11,5	
Não	52	88,1	
Alta médica			
Sim	1	7,7	
Não	58	98,3	
Antecedentes familiares com cancro			
Sim	39	66,1	
Não	14	23,7	
Omisso	6	10,2	
Teve ou tem doença mental			
Sim	21	35,6	
Não	32	54,2	
Omisso	6	10,2	

2.5.Procedimentos

O tipo de amostragem é não probabilística por conveniência (do tipo bola de neve), em que as participantes foram contactadas pessoalmente pelo investigador para a sua participação no estudo. As participantes participaram num grupo psicoterapêutico de 6 a 8 pessoas, cada, que decorreu em 8 sessões e num período semanal com uma duração de 90 minutos. (Ramos, 2016). Iniciou-se entre 2 a 4 meses depois do primeiro momento de avaliação. Esta foi realizada em grupo e teve como base outras intervenções psicoterapêuticas e o modelo teórico de CPT. Cada sessão foi constituída por uma exposição breve sobre uma temática específica e de uma atividade individual, tendo como base a abordagem cognitivo-comportamental, sendo que cada uma acaba com uma discussão em grupo sobre cada temática (Ramos, 2016; Ramos, Leal & Tedeschi, 2016).

É ainda importante referir que durante a intervenção não foi referida a definição de CPT, por forma a permitir que as participantes identificassem mudanças positivas por si, sem indução. Assim, os principais objetivos desta intervenção foram: aumentar as competências individuais de expressão emocional e de exposição de certas situações e preocupações

associadas à vivência do cancro da mama; potenciar o processamento cognitivo do processo de doença adaptativo e construtivo; promover a criação de um significado da vivência da doença na narrativa; incentivar a consideração das alterações em objetivos, identidade e prioridades da vida; potenciar a importância das capacidades individuais para enfrentar possíveis desafios que possam surgir futuramente (Ramos, 2016).

A estratégia de autorregulação de escrita narrativa foi apresentada na 6ª sessão e entregue na 7ª sessão. Na 6ª sessão o tema foi a construção de uma narrativa pessoal coerente, sendo que as participantes teriam de construir uma narrativa individual para entender e incorporar a experiência do cancro da mama relacionando com os acontecimentos de vida de cada mulher; desenvolver a utilização da técnica da escrita expressiva quando a intervenção seria finalizada. As atividades a realizar passariam então, pela escrita narrativa sendo que foi dado aos membros do grupo instruções como: indicar como é que o cancro da mama alterou a si próprio e a sua história de vida pessoal, para que se proporcionasse o debate em grupo sobre esta temática; e escrever durante 3 dias (contínuos e interrompidos), 20 minutos por dia e deve ser realizada num espaço tranquilo e sem interrupções. Cada elemento de cada grupo obteve estas instruções (Anexo B), e o material que seria redigido teria de ser devolvido na sessão a seguir (neste caso, seria na 7ª sessão). Todo o conteúdo da escrita foi confidencial e todas as dúvidas que surgissem acerca da mesma seriam esclarecidas (Anexo A). O modelo usado foi o Modelo de Pennebaker e os métodos foram ajustados a partir de intervenções feitas em grupo com doentes com cancro (Ramos, Leal & Tedeschi, 2016).

Na 7ª sessão o tema foi o desenvolvimento de novos valores e prioridades de vida, sendo que o objetivo seria alargar o processo cognitivo sobre crenças e valores centrais e pessoais para atingir a redefinição de prioridades de vida e reconsideração de objetivos pessoais. As atividades desenvolvidas passariam por ponderar acerca dos princípios da vida, sendo que cada sujeito deveria identificar os episódios anteriores da sua vida e os objetivos futuros da mesma atualmente, como forma de resposta à seguinte questão: pondere sobre as experiências da sua vida, do passado até ao presente (Ramos, Leal & Tedeschi, 2016).

Primeiramente, foram analisadas as características clínicas e sociodemográficas da amostra através de uma análise de frequências e de médias.

2.6 Análise Qualitativa

Os documentos de escrita foram analisados através do método de: análise temática (Braun & Clarke, 2006). Este método sugere várias etapas que se ajustam a paradigmas e abordagens. É um método flexível, adaptável e não tem qualquer posição teórica ou epistemológica *a priori*, sendo que se aplica a quase todo o tipo de dados qualitativos. É ainda compreendida como meta-analítica, pois remete para várias formas de análise dirigidas, e também apresenta várias fases como: familiarização com os dados, em que se deve ler cada conjunto de dados de forma individual; gerir os primeiros códigos, sendo que estes reconhecem conteúdos dos dados (semântico ou latente) que são relevantes para o investigador; procura de temas, em que cada tema identifica algo crucial nos dados acerca da questão de investigação; revisão de possíveis temas, que passa por confirmar que os temas funcionam em relação aos códigos e aos dados; definição de temas, que pode ser uma palavra, um conceito ou uma expressão; e produção de relatórios de análise, decidir principalmente quais os temas a apresentar e a sua ordem de apresentação e rever comentários, códigos, temas e dados (Clarke & Braun, 2006).

A análise temática pode ser descritiva ou interpretativa e a abordagem, neste estudo foi de “Big Q” pois é puramente qualitativa, analisa desenhos de investigação indutivos com metodologias de resposta aberta, tem como objetivo descrever e explicar e dá ênfase à reflexividade. É também indutiva (“bottom-up”) (Clarke & Braun, 2013).

3. Resultados

As três fases referentes aos temas e subtemas da experiência subjetiva do cancro da mama são as seguintes: Fase 1 – A Experiência do Cancro da Mama, esta fase remete para a experiência individual de cada mulher durante o processo da doença; Fase 2 – Vivência Reflexiva do Impacto do Cancro da Mama: Integração da experiência do cancro na narrativa de vida, esta fase remete para a visão das mulheres sobre a experiência da doença relacionando-a com as suas vidas, e de que forma é que esta se insere nelas; Fase 3 – Antes e Após o cancro: Reflexão sobre Ganhos e Perdas, esta fase remete para uma retrospectiva de toda a experiência da doença, quer sejam positivas ou negativas, surgindo os temas.

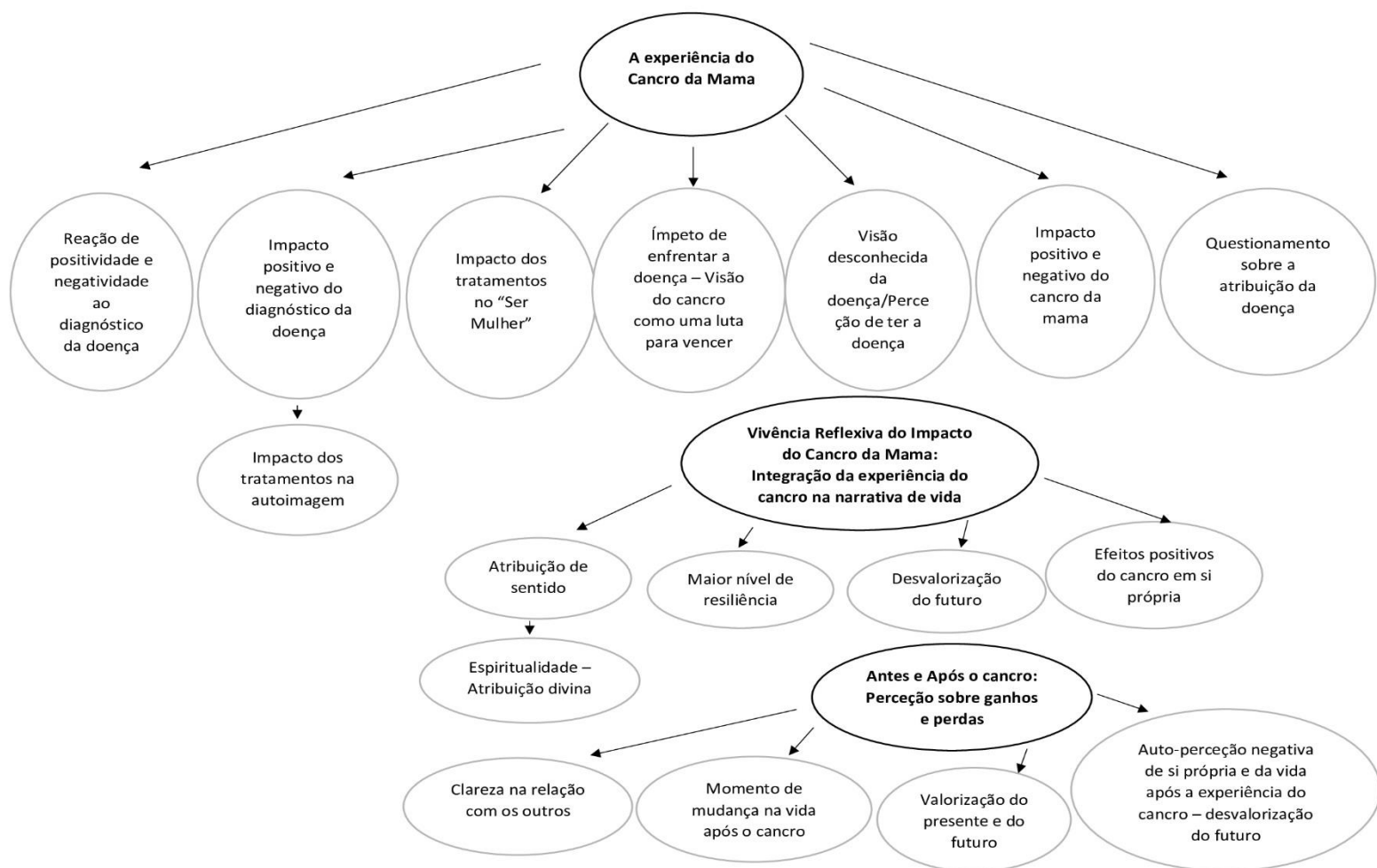


Figura 1. Mapa temático que retrata os temas e subtemas da experiência subjetiva do cancro da mama

3.1 Vivência da Experiência do Cancro

Reação de positividade e negatividade ao diagnóstico da doença

Este tema refere-se ao momento do diagnóstico da doença e remete para duas perspetivas, nomeadamente um contraste entre a reação de positividade face ao diagnóstico e fase inicial do cancro, o primeiro impacto e até muitas vezes, o contacto com a doença que se refere ao diagnóstico desta em que existe a esperança de ultrapassá-la, e por outro lado, uma reação de negatividade em que surgem sentimentos de choque, tristeza e injustiça, como é possível verificar nos testemunhos destas mulheres: “Quando recebi o diagnóstico fiquei em choque, sentindo-me aterrorizada e desolada, acabando por chorar imenso”.

É de salientar ainda que, este tema centra-se nas reações ao diagnóstico, nomeadamente o choque e a esperança e a luta e o espírito combativo. Em algumas mulheres, a reação inicial ao diagnóstico é negativa devido ao choque da gravidade da doença, mas torna-se positiva posteriormente a esse momento, devido ao pensamento da importância da família, na cura por parte da medicina não só para elas próprias mas também referindo-se a outras mulheres que tenham também cancro de mama e na esperança de vencer a doença com “todas as suas forças”, mesmo sentindo muitas vezes, tristeza e medo ao mesmo tempo. Neste caso, esta reação positiva pode também estar associada ao tema do ímpeto para enfrentar a doença e do subtema da visão do cancro como uma luta para vencer, pois apesar dos sentimentos negativos aquando da receção do diagnóstico, a esperança para a cura surge e permanece: “Quando recebi o diagnóstico do cancro não reagi mal, continuei a lutar sem desistir”.

Relativamente à perceção negativa, é muitas vezes lembrado o momento do diagnóstico da doença e o que sentiram nesse momento, referindo até que foi o pior dia das suas vidas, pensando assim nas repercussões negativas que este pode ter nas suas vidas, ao nível de consequências emocionais como a tristeza devido à complexidade da doença, e consequências físicas como os efeitos secundários dos tratamentos, associando-se a uma reação negativa aos mesmos. Este impacto negativo, pode também ser visto como um momento de mudança na sua vida, pelo qual surge uma nova etapa que poderá trazer momentos difíceis.

Ainda na reação de negatividade, está muitas vezes presente o tema do pensamento de morte. Existe uma forte associação entre o momento inicial da receção do diagnóstico, e logo a seguir, o surgimento do medo de morte, pois muitas destas mulheres têm a ideia pré-concebida

que o cancro está associado a uma probabilidade elevada de morrer. Assim, é possível concluir um estigma de cancro, que este é visto como morte que é ativado como reação imediata ao diagnóstico: “Defino a palavra cancro como uma sentença de morte, pois foi sempre assim que a ouvi”; “Senti que se recebesse o diagnóstico do cancro, morreria”. Este tipo de pensamento está, muitas vezes presente ao longo de toda a etapa da doença sendo que acaba por se ausentar em alguns casos quando é ultrapassada a mesma e quando existe uma grande esperança na cura.

Impacto positivo e negativo do diagnóstico da doença

Este tema, que se refere ao momento após a receção do diagnóstico, remete para duas perspetivas diferentes sobre o impacto do diagnóstico do cancro. Neste caso existe um contraste entre o impacto positivo e o negativo, não num momento inicial quando a mulher recebe o diagnóstico da doença, mas sim num período posterior, surgindo uma maior valorização destas duas componentes, associando-se assim, aos temas da apreciação da vida e de si própria: “Após o diagnóstico do cancro, percecionei-o como um incentivo à valorização de mim própria e daquilo que sinto”; “Fiquei surpreendida em vários aspetos com o impacto diagnóstico do cancro da mama: apoio, mudanças em mim e na vida”. Relativamente ao impacto negativo do diagnóstico do cancro, relaciona-se com a autoimagem da mulher nomeadamente o impacto dos tratamentos a nível físico e psicológico, como é possível compreender-se no subtema referido de seguida.

É de salientar que, este tema diz respeito ao impacto negativo físico e psicológico da doença em comparação com mudanças positivas na sua vida, definindo não reações, mas sim perceções e reflexões sobre o impacto.

Impacto dos tratamentos na autoimagem

Este tema remete para o impacto dos tratamentos na autoimagem, mais especificamente na representação de ser mulher. Refere-se ainda a efeitos secundários dos tratamentos, como a queda do cabelo e a remoção da mama, “Rapei o cabelo antes de o começar a perder, pois sentia que me assustava mais vê-lo cair, mas depressa e sem drama aceitei a minha nova imagem.”; “Sinto que durante toda a etapa da doença a minha maior angústia era o meu corpo sem a mama, pois todos os espelhos me faziam lembrar”, assim como à forma como cada mulher encara e lida com esses efeitos, sendo que umas adotam estratégias de humor e de superação para uma

melhor aceitação da sua imagem, sendo que outras e a maior parte, aceitam o diagnóstico com bastante choque e tristeza, referindo até que consideram ser a etapa mais dolorosa de todo o processo da doença.

Impacto dos Tratamentos no “Ser Mulher”

O impacto dos tratamentos no próprio papel da mulher como ser humano, como esposa, mãe, entre outros. Para si própria, torna-se um momento de grande mudança, pois para muitas das participantes, este impacto representa a total mudança como mulher, referindo mesmo que não irão voltar a ser a mesma mulher que eram antes do cancro. Muitas vezes, esta mudança representa também o não reconhecimento de si próprias, alterações ao nível do seu corpo, o que poderá repercutir-se em mudanças emocionais e físicas, em particular, a dificuldade da retoma da intimidade com os seus companheiros: “Tenho consciência que nesta fase de tratamento tenho pouco para dar como mulher e isso deixa-me insegura apesar do meu marido se mostrar compreensivo”.

É de salientar ainda que, este subtema e a questão da representação de ser mulher, relaciona-se com o tema do impacto dos tratamentos na autoimagem, no sentido em que o “ser mulher” é uma subordinação da autoimagem física da mulher, como explicou uma das participantes: “Momento doloroso quando perdi o cabelo, pois perdi a minha imagem”.

Ímpeto de enfrentar a doença - Visão do cancro como uma luta para vencer

Este tema refere-se à visão da mulher com cancro relativamente à superação da doença como uma luta para vencer. Muitas das razões para este ímpeto, estão relacionadas com a vontade de acompanhar os filhos e a sua restante família nas etapas das suas vidas: “Ergui-me e pensei que era mais um problema que tinha de superar pela minha família”. Muitas destas mulheres, sentem vontade de ultrapassar a doença e de dar um novo valor à vida, ou seja, valorizando-a mais e conseqüentemente, visualizam a possibilidade de que o futuro seja promissor. Isto verifica-se quando se autointitulam “guerreiras”, “vencedoras”, “sobreviventes” e que não se permitem pensar em desistir dessa luta. Esta vontade de apreciar a vida, é encarada como um resultado da luta em que saem vencedoras: “Visão da doença como sendo a minha missão na vida: a luta contra o cancro em que sairei vencedora”.

Por vezes, esta visão do cancro como uma luta para vencer pode ser vista como um meio de gerir melhor a doença, pois a doença é compreendida como um desafio e, como tal, a mulher sente-se impelida a despender os seus esforços para o ultrapassar.

Visão desconhecida da doença/Perceção de ter a doença

Este tema remete para duas perspetivas diferentes. Uma delas é a perceção de ter a doença através de sinais físicos do corpo, como o surgimento de nódulos na mama e sem qualquer resultado de algum exame realizado, mas muitas vezes, está também associado, a stressores causados pelo dia-a-dia destas mulheres e, maioritariamente a nível profissional. Esta perceção de que a doença foi causada ou potenciada por fatores profissionais, é muito comum nos dias de hoje devido ao estilo de vida que é vivido na sociedade, e também a um aumento do conhecimento da associação entre o stress e o cancro, sendo esta atribuição feita pelas próprias mulheres: “Senti um diagnóstico antecipado como se fosse a hora de desafiar o mundo”. Comparativamente, a perceção de não ter a doença pode relacionar-se com a ausência de qualquer sintoma físico no corpo ou pela ausência de conhecimento sobre a doença: “Não tinha noção da dimensão da doença e não tive nenhum sintoma”.

Impacto negativo do Cancro da Mama

Este tema pode ser compreendido como um marco importante para cada mulher com cancro durante todas as etapas da doença, como também para a sua vida e para o seu futuro. Muitas das consequências que surgem após a experiência do cancro, em particular as emocionais, são repercussões que ficam presentes na vida destas mulheres. As consequências emocionais consistem maioritariamente em tristeza, choque, descrença, desespero, revolta que se sente no momento inicial da etapa do cancro, mas que se repercute ao longo de toda essa mesma etapa, e em alguns casos pode surgir em repercussões maiores ao nível do foro psicológico, como é o caso de depressões e ansiedade: “Sinto que a doença não me tirou a vontade de viver, mas sim o direito de ser feliz”. As consequências físicas e sociais representam principalmente efeitos secundários dos tratamentos, muitas vezes limitações físicas e até intelectuais, sendo muito retratado o impacto negativo que os efeitos secundários causam na

sua intimidade e nas relações com os seus companheiros. Assim, é essencial e até retratado muitas vezes, a compreensão por parte dos companheiros: “Sinto que devido ao cancro deixei de ter interesse na minha vida sexual, mas o meu marido ajuda-me e é compreensivo”.

Este tema pode ainda relacionar-se com uma desvalorização do futuro por parte destas mulheres, devido ao impacto negativo que é provocado pelas consequências negativas que o cancro acarreta.

Questionamento sobre a atribuição da doença

Este tema remete para o questionamento individual de cada mulher sobre a razão de ter a doença, normalmente logo após receber o diagnóstico e de forma autodirigida. Muitas vezes questionam-se simultaneamente se a doença pode ou não simbolizar um castigo, pois devido ao facto de o cancro ser uma doença tão horrível, o pensamento destas mulheres passa pelo questionamento do que fizeram de mal para receberem tal diagnóstico. Em alguns casos, mesmo questionando-se sobre a doença, não acreditam que esse momento (o diagnóstico) aconteceu com elas próprias: “Penso que o diagnóstico da doença pode ter sido uma espécie de castigo, e muitas vezes, pergunto-me porquê”.

Este questionamento sobre a atribuição da doença associa-se a um mecanismo de atribuição interna face ao acontecimento com causa externa e incontrolável.

3.2 Vivência Reflexiva da Experiência do Cancro: Integração da Experiência do Cancro na narrativa de vida

Atribuição de sentido

Este tema está maioritariamente associado ao autoquestionamento destas mulheres sobre a doença, nomeadamente o porquê do seu diagnóstico, o seu próprio lugar no mundo e uma reflexão sobre as suas vidas e sobre as mudanças que o cancro proporcionou. Esta atribuição de sentido conduz à experiência de doença, a uma maior apreciação da vida e da valorização destas mulheres a si próprias, mas também a elas próprias no mundo e como se

inserir nas suas próprias vidas: “Refleti e questionei-me sobre o que a doença alterou na minha vida”.

Existem outras mulheres com cancro de mama que afirmam não se questionar sobre qualquer razão da atribuição da doença, ao passo que outras atribuem-na à vida stressante que levavam e ao trabalho em excesso. É notório o sentimento de conforto e esperança quando conseguem obter esta atribuição de sentido, pois é como se encontrassem uma explicação para toda a experiência que vivenciaram: “Sinto que a minha força de viver a vida e partilhá-la foi transferida e substituída por um sentido de sobrevivência que me era desconhecido”;

Espiritualidade – Atribuição divina

Este tema refere-se ao sentido do cancro e a uma esperança em relação ao mesmo. O sentido diz respeito à atribuição da doença, ou seja, o porquê de terem sido diagnosticadas é muitas vezes atribuído a Deus: “Sinto que nunca estive sozinha e que há «algo mais forte» que me acompanha”, e a esperança refere-se à cura do cancro, pois permanece a crença de que a fé vai ajudá-las a ultrapassar a doença e de que sairão vencedoras de todo o processo de doença, o que acaba por facilitar o processo de aceitação no momento inicial do diagnóstico e de superação numa fase posterior, associada ao tema do ímpeto para ultrapassar a doença, e consequentemente, da valorização do futuro e apreciação da vida devido à crença na cura:

Perceção de mudanças positivas através da experiência do cancro

Este tema associa-se a uma visão do impacto positivo do cancro, particularmente numa nova visão das mulheres em relação a si próprias após o processo da doença. Refere-se à superação da experiência do cancro, ou seja, a um retomar das capacidades habituais anteriores à doença. Neste sentimento de superação, pode encontrar-se então uma auto-perceção de um momento de resiliência, pois estas mulheres sentem-se mais capazes de ultrapassar as adversidades que surgem nas suas vidas, em particular a possível recidiva do cancro, sentindo-se vitoriosas e lutadoras: “Sinto que atualmente sou uma pessoa mais feliz, que ama a vida, as pessoas, os animais e que a «vida existe em energia e só se sente»”.

Uma maior autoconfiança, pode também estar presente num tema anteriormente referido, o ímpeto de enfrentar a doença – a visão do cancro como uma luta para vencer, uma

vez que se refere à capacidade de o indivíduo lidar e ultrapassar possíveis situações adversas que possam surgir na sua vida.

Desvalorização do futuro

Este tema pode relacionar-se com o impacto negativo do cancro, em que muitas mulheres sentem que após a experiência da doença, auto-percecionam-se como mulheres infelizes, cansadas, com menos vontade de viver e sem objetivos de futuro, desvalorizando assim o mesmo. Esta desvalorização do futuro surge consoante a experiência vivida por cada mulher, ou seja, esta é considerada uma experiência individual, que apesar de terem muitos sentimentos e vivências em comum entre elas, cada vivência é algo único de cada uma. Este tipo de visão sobre si acontece numa fase após a doença: “Sinto que sou uma mulher menos feliz e com menos vontade de viver”.

Efeitos positivos do cancro em si próprias

Este tema remete para uma perceção do impacto positivo do cancro numa perspetiva individual, muitas vezes como mulher que desempenha o seu papel social, quer seja, mãe, esposa ou até mesmo, apenas como mulher. É diferenciado do tema anterior, pois refere-se a aspetos positivos após a experiência do cancro, surgindo uma auto-perceção positiva de si próprias provocada por todo o processo da doença.

Muitas referem que após o cancro tornaram-se mulheres melhores, que aprenderam a valorizar mais a vida pois foram postas “à prova” e acabaram por superar as expetativas que tinham delas próprias para vencer uma etapa tão difícil nas suas vidas. É também perceptível a valorização que passam também a ter de si próprias devido a essa conquista e o sentirem-se bem sozinhas com elas mesmas: “Tenho vontade de dar mais valor a mim própria”.

3.3 Antes e Após o cancro: Reflexão sobre Ganhos e Perdas

Clareza na relação com os outros

Este tema remete para um olhar diferente de cada mulher perante as suas relações interpessoais ao longo da experiência da doença, mais particularmente em momentos mais difíceis de maior angústia, bastante frequentes nesta etapa. Na maior parte das situações, estas mulheres identificam esta clareza na relação com os outros devido à ausência do suporte social por parte destes, ou seja, durante os momentos mais complicados da etapa da doença, esperam muitas vezes um suporte emocional por parte de sujeitos mais próximos, nomeadamente amigos e familiares, e isso acaba por não acontecer, deixando-as com a certeza de que não irão receber esse apoio que precisam e que em muitos casos, é algo que não estavam a espera que acontecesse, despoletando sentimentos de mágoa e desilusão: “Sinto mágoa e desilusão face a amizades que afinal não são verdadeiras”.

Aqui está muitas vezes presente a perda de suporte, em que as relações consideradas mais fracas ficam mais fracas e as mais fortes ficam mais fortes, o que conduzir a um aumento ou a uma diminuição desta clareza.

Momento de mudança na vida após o cancro

A mudança é algo que surge no pensamento da maior parte das mulheres após a experiência do cancro. Frequentemente, surge acompanhada de uma retrospectiva de todo o processo da doença, em que as participantes percecionam existir quer mudanças positivas, quer mudanças negativas.

Muitas salientam um novo estilo de vida, mais calmo e mais atento, outras uma maior valorização de si próprias e das suas famílias. É uma mudança compreendida como permanente nas suas vidas, e, por isso, manifestam uma aceitação da mesma, valorizando-a como sendo o início de uma nova etapa após a superação da doença, apesar das eventuais limitações físicas. Muitas destas mudanças são associadas a emoções intensas e a outra forma de apreciar a vida: “Sinto uma mudança na exteriorização das minhas emoções, sinto-me mais emotiva”.

Valorização do presente e do futuro

Este tema pode ser inserido numa fase posterior à experiência do cancro, onde surge essencialmente uma nova visão da vida pautada por uma maior positividade e valorização do futuro. Pode associar-se a um impacto positivo do cancro, pois estas mulheres passam a valorizar tanto o presente como o futuro, em que o seu objetivo é a redefinição dos objetivos de vida, após o confronto com o cancro. Muitas mulheres referem que o que surgir no futuro dão importância apenas quando isso surgir: “Vejo a vida como um destino e um desfrutar de uma viagem”.

Muitas delas pretendem passar mais tempo com a família, fazer atividades que lhes deem prazer e reduzir o stress provocado pela atividade profissional. Elaboram também uma retrospectiva de todo o processo da doença e de todas as mudanças que este despoletou nas suas vidas, dando mais valor a algo valioso que por momentos pensaram que lhes poderia ser retirado (a sua própria vida).

Auto-Perceção negativa de si própria e da vida após a experiência do cancro – Desvalorização do futuro

Em contrapartida, surge outra perspetiva na apreciação da vida em muitas mulheres, nomeadamente a desvalorização do futuro devido ao impacto negativo da experiência do cancro nelas próprias: “Sinto que ninguém sabe o futuro que vai viver, mas eu não preciso de saber e não penso nisso”, apresentam uma visão negativa sobre a vida e conseqüentemente sobre o futuro, sem esperança, com medo da recidiva do cancro e que surge como uma reflexão de todo o processo difícil de vivenciar como foi o do cancro.

Impacto da Escrita Narrativa

Existe uma dicotomia entre o incómodo e o desconforto com a escrita e a perceção de bem-estar e benefícios após a escrita – podem ocorrer em exclusivo ou em simultâneo. Este tema remete para a dificuldade em escrever sobre a experiência do cancro da mama, mas também para o impacto positivo que é possibilitado por esta forma de expressão emocional, sendo uma técnica utilizada no bem-estar dos sujeitos, mais especificamente em contextos de trauma em que está subjacente o método utilizado na amostra deste estudo (escrita narrativa). Estas mulheres referiram que realizaram este exercício de escrita em concordância com o que

cada uma pensava, num lugar em que se sentiram confortáveis e sozinhas, como forma de partilhar os aspetos negativos trazidos pelo cancro e surgindo um sentimento de alívio pela partilha da experiência da doença fazendo com que não se sentiam sozinhas nesta etapa: “Sinto vontade de realizar o exercício da escrita de acordo com os meus pensamentos”.

A escrita narrativa é uma técnica que compreende a escrita sobre uma experiência traumática, devendo ser realizada de forma fluída e acedendo a emoções e pensamentos. Ao realizar este exercício, o sujeito pode também interligar a sua experiência traumática com outros aspetos da sua vida. As recomendações para este tipo de exercício passam pela questão da escrita ser apenas dirigida para o próprio sujeito, e não para o terapeuta ou para um grupo; se o sujeito quiser partilhar o que escreve, este deve ser encorajado a falar sobre o que escreveu, em vez de ler o que escreveu, pois assim tem a possibilidade de poder alterar aspetos, nomeadamente acrescentar outros que considerem relevantes no contexto da terapia; a confidencialidade da escrita deve ser tida em conta como um fator de extrema importância. Ao longo do tempo, alguns estudos demonstram que, é importante que os sujeitos realizem o exercício da escrita narrativa logo após a experiência traumática, pois torna-se mais benéfico para as mesmas. Ainda assim, devem escrever apenas três ou quatro vezes, mas se reconhecerem que o exercício está a beneficiá-los, devem então continuar a realizá-lo mais vezes (Pennebaker, 2010), como foi possível verificar na expressão emocional destas mulheres.

4. Discussão

Neste estudo pretendeu-se compreender de uma forma mais aprofundada a experiência do cancro de mama na mulher. Assim, foi adotada uma abordagem qualitativa, nomeadamente a análise temática do tipo “Bottom-up”. Esta análise foi realizada consoante a perspetiva de cada participante, não construindo categorias pré-concebidas e baseando-se apenas nos relatos realizados através da sua experiência. Esta sensibilidade é realizada com rigor e empenho por parte do investigador, quando este se envolve com o tema e posteriormente, é então realizada uma análise detalhada e aprofundada dos relatos das participantes. A análise qualitativa requer ainda uma flexibilidade, pois não tem como objetivo estabelecer uma abordagem particular neste tipo de investigação, mas sim potenciar por parte dos investigadores, uma reflexão sobre o método utilizado (Yardley, 2008).

A análise qualitativa requer uma maior preocupação com os fenómenos e com a forma que os sujeitos fazem a interpretação destes; não exige um número elevado de participantes; compreende uma análise indireta de fenómenos psicossociais, de uma forma compreensiva; o seu principal objetivo é a compreensão do objetivo de estudo numa perspetiva individual. Ao passo que, a análise quantitativa pretende a transformação de dados em números ou categorias; realiza uma análise direta de fenómenos psicossociais; exige um número elevado de participantes; tem como principal objetivo a recolha e conceptualização de padrões (Tedeschi & Calhoun, 2018).

Estudos anteriores apontam que existem três diferentes fases no cancro de mama e que conseqüentemente existem reações diferentes na experiência do mesmo, tais como: reação ao diagnóstico, ao tratamento e ao pós-tratamento (Albuquerque & Cabral, 2015; Patrão, 2008). De acordo com (Patrão, 2008), o ciclo psico-oncológico no cancro da mama, compreende 3 estádios. No primeiro, a mulher percebe diretamente a existência de uma doença a nível mamário e da possibilidade de ter cancro. Esta fase, pode ainda corresponder a uma dúvida relativamente ao pré-diagnóstico, em que surge um autoquestionamento acerca de ter ou não cancro da mama, sendo compreendida como a fase mais dolorosa devido a uma longa espera de um diagnóstico. Aqui é possível reconhecer-se uma reação emocional ao diagnóstico, em que deve ser considerada a história emocional da mulher no passado. No segundo estádio, que corresponde ao pós-cirurgia, simboliza uma mudança na qualidade de vida da mulher, principalmente face à imagem corporal e conseqüentemente a uma limitação e mudança a nível sexual no seu relacionamento conjugal. O terceiro estádio, corresponde ao pós-tratamento e

contempla duas fases: a intermédia e a permanente. A fase intermédia refere-se a uma etapa de transição, em que é finalizado o contacto com os médicos, que transmitiam uma maior segurança à mulher devido ao controlo por avaliações médicas do cancro, o que nesta fase de ausência deste processo, pode proporcionar sentimentos de solidão e fragilidade emocional e física, e a fase permanente, que corresponde à cura do cancro e à inexistência de uma recidiva do mesmo. Em concordância com estes três estádios referidos por Patrão (2008), é possível verificar-se três novas fases da experiência subjetiva do cancro da mama, de acordo com os resultados obtidos.

Segundo Albuquerque e Cabral (2015), o cancro não é apenas uma só doença, mas sim, uma diversidade de várias doenças. Esta contempla vários aspetos psicossociais que diz respeito a diversas problemáticas. Estes processos dizem respeito a um processo de doença num período específico e com durações diferentes em cada mulher, sendo considerado o ciclo psico-oncológico. Este ciclo corresponde às várias etapas da intervenção clínica do cancro, nomeadamente o diagnóstico, a cirurgia, os tratamentos, a sobrevivência e a fase terminal. Cada etapa é singular e causa de stress, o que provoca um aumento da morbilidade psicológica neste género, sendo ainda fundamental ter em consideração a etapa em que a mulher se encontra, quer seja o momento do diagnóstico, após a cirurgia ou o início de um tratamento (Patrão, 2008).

É ainda crucial ter em consideração a vida pessoal de cada mulher antes do momento do diagnóstico, as suas crenças acerca do cancro e dos seus tratamentos e as estratégias de coping que utiliza (Goodwin, Zhang & Ostir, 2004; Michael, Berkman & Colditz, 2002). O diagnóstico é compreendido por uma reação emocional de choque inicial acompanhado de descrença, confusão, pensamentos intrusivos acerca do futuro, entre outros, sendo que estes vão aumentando devido a uma ameaça à sua sobrevivência – o cancro (Hutter, Vogel & Alexander, 2013; Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie & David, 2002). A reação emocional da mulher é mais visível no momento do possível diagnóstico do cancro da mama. Após a cirurgia, surge um momento marcante na sua reação emocional, devido à perda da mama e ao conhecimento de tudo o que o cancro acarreta (Rowland & Massi, 2010). O após a experiência do cancro, o encarar a sobrevivência, é um momento transitório para algumas mulheres acompanhado de diversas mudanças ao nível pessoal, social e profissional (Silva, Crespo & Canavarro, 2012; Tomich & Helgeson, 2004; Vahdaninia, Omidvari & Montazeri, 2010).

Com base nos resultados obtidos no presente estudo, é possível então concluir, através da análise qualitativa das experiências subjetivas destas participantes, que as reações não estão propriamente relacionadas a cada uma dessas fases nem determinadas pelo fator cronológico, mas sim pelas diferentes fases de compreensão da doença. É possível verificar-se através dos temas obtidos, três diferentes fases:

Fase 1 – Experiência do Cancro da Mama, esta fase remete para a experiência individual de cada mulher durante o processo da doença, em que são apresentados temas como: a) A reação de positividade e negatividade ao diagnóstico da doença, em que existem três perspectivas nomeadamente um sentimento de choque, tristeza e injustiça, por outro lado, a vontade de ultrapassar a doença, e ainda a visão do cancro como uma sentença de morte; b) O impacto positivo e negativo do diagnóstico da doença, em que se verificam não reações ao diagnóstico, mas sim percepções e reflexões após a receção do mesmo, sendo estas positivas verificando-se uma maior apreciação da vida após a doença e devido à mesma, juntamente com uma maior valorização de si próprias e o impacto negativo, relacionado com o subtema: c) O impacto dos tratamentos na autoimagem, nomeadamente o que estes acarretam quer a nível físico quer a nível psicológico; d) O impacto dos tratamentos no “Ser Mulher”, relaciona-se com o tema referido anteriormente, no sentido em que o “Ser Mulher” está relacionado com a autoimagem física da mulher, pois aqui está presente a mudança da própria mulher como ser humano após todas as consequências dos tratamentos, como a retirada da mama e todas as limitações que a mesma acarreta, que muitas vezes se traduz em alterações a nível corporal e conseqüentemente na sua intimidade; e) O ímpeto de enfrentar a doença – visão do cancro como uma luta para vencer, este tema pode ser visto como uma visão positiva da doença, ou seja, uma maior valorização da vida e das próprias mulheres, pois consideram-se “guerreiras” e valorizam mais o seu futuro; f) A visão desconhecida da doença/percepção de ter a doença, este tema refere-se a duas perspectivas, por um lado a visão desconhecida da doença muitas vezes devido à ausência de qualquer sintoma relacionado com a doença e a percepção de ter a doença, associado à vida stressante que levam, quer a nível pessoal/familiar quer a nível profissional; g) O impacto positivo e negativo do cancro de mama, associado às consequências emocionais após a experiência do cancro e muitas vezes, ao impacto destas nas relações com os seus companheiros; h) O questionamento sobre a atribuição da doença: este tema refere-se ao momento logo após o diagnóstico, muitas vezes acompanhado pelo sentimento de injustiça, incompreensão e conseqüente difícil aceitação da doença, acompanhado por uma nova valorização de si próprias e das suas vidas, repensando sobre o seu papel no mundo (o que

remete para a fase que surge de seguida). Esta primeira fase remete para a experiência da mulher durante a etapa da doença e todos os momentos e consequências que isso acarreta;

Fase 2 – Vivência Reflexiva do Impacto do Cancro da Mama: Integração da experiência do cancro na narrativa de vida, esta fase remete para a percepção das mulheres sobre a experiência da doença relacionando-a com as suas vidas, e de que forma é que esta se insere nelas, onde surgem temas como: a) A atribuição de sentido, relacionado com o subtema da espiritualidade e atribuição divina: neste tema e subtema, estão presentes a visão da mulher na sua própria vida e no mundo, como também uma visão mais positiva da experiência por ter encontrado um propósito para a doença, o que em muitos casos é precisamente a crença divina em Deus, pois afirmam que “este” é que as apoiou em toda a etapa da mesma; b) A percepção de mudanças positivas através da experiência do cancro: este tema remete para um maior nível de resiliência e para uma maior valorização de si própria, por parte das mulheres, porque percebem o cancro como algo que ultrapassaram e sentem-se lutadoras por isso; c) A desvalorização do futuro: este tema surge devido à retrospectiva de todas as consequências e impacto negativos que o cancro trouxe para as suas vidas, muitas vezes salientando que se sentem sem forças depois de todo o processo da doença; d) Os efeitos positivos do cancro em si próprias: este tema remete para uma perspectiva individual da mulher e de uma nova valorização de si própria, devido a uma surpreendente superação de um cancro da mama.

Fase 3 – Antes e Após o cancro: Reflexão sobre Ganhos e Perdas, esta fase remete para uma retrospectiva de toda a experiência da doença, quer sejam positiva ou negativa, surgindo os temas: a) Clareza na relação com os outros: neste tema está presente a perda de suporte, em que as relações consideradas mais fracas ficam mais fracas e as mais fortes ficam mais fortes, o que pode conduzir a um fortalecimento ou enfraquecimento das relações; b) Momento de mudança na vida após o cancro: aqui é reconhecido várias mudanças devido à doença, quer sejam limitações físicas e consequentemente alteração do estilo de vida ou até mesmo uma maior valorização da própria família; c) Valorização do presente e do futuro: este tema representa de uma forma clara o que esta fase remete, ou seja, é retratado a valorização da vida: o maior ganho obtido após a experiência da doença; d) Auto-percepção negativa de si própria e da vida após a experiência do cancro – desvalorização do futuro: aqui surge a imprevisibilidade do futuro, uma visão negativa que se pode justificar pelo receio da recidiva do cancro.

Em concordância com a literatura e segundo os resultados obtidos, no âmbito da experiência do cancro de mama e do modelo de CPT, as mudanças positivas surgem após a

ocorrência do evento traumático e são compreendidas pelo sujeito como consequência dos esforços individuais realizados perante esse trauma. Estas mudanças percebidas caracterizam-se em 5 grupos diferentes, ao qual surgem as 5 dimensões do PTGI (como já referido anteriormente), o que neste caso, perante os resultados obtidos é importante salientar uma das dimensões, nomeadamente a dimensão “Relações Interpessoais”, que se refere ao reconhecimento do sujeito de novas oportunidades nos vários domínios da sua vida pessoal. Esta dimensão remete para uma evolução e uma melhoria nas relações interpessoais e no reconhecimento de uma maior familiaridade com os outros, como também a uma maior clareza nas relações com os outros, ou seja, o sobrevivente de trauma fica com uma consciência mais clara das relações que ficam fortalecidas e das relações que ficam enfraquecidas após o trauma. Verifica-se, então, nestas mulheres uma maior valorização de si própria como também dos momentos que passam em família, o que se demonstra em concordância com esta dimensão. No entanto, a percepção de mudanças positivas também demonstra um maior nível de CPT.

Surge também uma nova apreciação da vida por parte destas mulheres, em concordância com uma maior valorização da mesma e de si próprias. Este processo refere-se a uma alteração das crenças centrais, juntamente com a percepção de mudanças positivas (i.e., CPT), sendo algo possível de se verificar através do tema: Impacto positivo e negativo do diagnóstico da doença.

É referido, ainda, o Impacto da Escrita Narrativa. Esta técnica cognitivo-comportamental é avaliada por estas participantes como bastante positiva, pois demonstraram uma tendência para a expressão emocional, sentindo-se satisfeitas com o processo da experiência da escrita narrativa. Para além disso, esta estratégia foi efetuada num contexto de grupo psicoterapêutico, o que pode ter facilitado a abertura das participantes à escrita narrativa, pois era um ambiente em que estas mulheres se sentiam confortáveis para partilhar as suas experiências, quer verbalmente no debate em grupo, quer através da escrita narrativa. Assim, é possível verificar-se benefícios acerca deste tipo de intervenção em grupos psicoterapêuticos, tal como o reconhecimento de desenvolvimento individual em seguida do trauma (Lechner & Antoni, 2004). Ainda assim, determinados grupos de intervenção psicoterapêutica reconheceram o CPT como uma consequência deste tipo de intervenção (e.g. McGregor et al., 2004), ou seja, a intervenção da escrita narrativa potencia o desenvolvimento de CPT.

No entanto, algumas mulheres manifestaram desconforto e incómodo com a escrita, não gostando muito de escrever, outras participantes referiram que não encontravam um lugar

calmo e confortável para realizar o exercício; e outras mencionaram a falta de disponibilidade para realizar a tarefa de escrita narrativa ou a dificuldade individual na partilha de emoções e pensamentos da experiência da doença através da escrita. Apesar que, é importante referir o papel essencial do terapeuta em alertar as participantes que este tipo de tarefa deve ser concretizado se estas tiverem disponibilidade e interesse, podendo haver desistência em qualquer momento (Ramos, 2016).

Tendo em conta a análise de todos os diários, o que mais se destacou como realmente importante para estas mulheres foi a necessidade de integrar o cancro na sua narrativa de vida, através de uma retrospectiva do impacto positivo e negativo da doença. Através de todo o processo da mesma, surge uma necessidade de muitas vezes, percecionar a vivência individual e reflexiva da experiência do cancro, mas de forma a integrá-la, surgindo uma nova apreciação da vida e delas próprias.

4.1 Limitações

No que concerne às limitações do presente estudo, é possível verificar-se a existência de diários de escrita narrativa em branco na presente amostra, sendo que não foi colocada a questão por parte da investigadora para compreender a razão pela qual não foi realizado o exercício da escrita, colocando-se várias hipóteses, entre as quais, não se sentirem com capacidade de escrita, a falta de hábitos de leitura, o baixo nível de escolaridade, a inibição da escrita, e até, por se sentirem avaliadas e não quererem partilhar a experiência ao nível da escrita narrativa; o facto destas mulheres realizarem a escrita numa só semana durante a intervenção de grupo (existem outros tipos de intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente de Pennebaker, que são de três meses de escrita); a escrita ser efetuada em contexto de uma intervenção em grupo e não individual, o que pode ter vantagens e desvantagens, ou seja, pelo facto da escrita narrativa ser em grupo e estas mulheres saberem que teriam de apresentar os diários na sessão seguinte ao grupo, poderá ter limitado a disponibilidade para a escrita. Uma outra limitação, associa-se às características sociodemográficas e clínicas da amostra, as quais podem limitar, de certa forma, a generalização dos resultados para a população portuguesa de mulheres com cancro da mama, e.g., o facto de não existirem mulheres com cancro metastático, em que este trás uma vivência muito diferente do cancro não metastático, o que não foi contemplado neste estudo (amostra com estágio de cancro da mama entre I e III). Por fim, outra

limitação, foi o facto de não terem sido incluídos temas relacionados com o suporte social e a vivência familiar do cancro da mama, pois neste contexto foi pertinente desenvolver mais estes temas, devido ao objetivo de o estudo ser o enfoque na importância da atribuição de significado da experiência individual do cancro em cada mulher e da integração deste nas suas vidas.

4.2 Considerações Finais

As principais conclusões deste estudo centram-se nas três novas fases da experiência subjetiva do cancro da mama percebidas através da análise qualitativa efetuada aos excertos de escrita narrativa: a) A vivência da experiência do cancro; referindo-se à experiência individual de cada mulher durante o processo da doença; b) A vivência reflexiva da experiência do cancro: Integração da experiência do cancro na narrativa de vida, referindo-se à visão das mulheres sobre a experiência da doença relacionando-a com as suas vidas; c) Antes e Após o cancro: Reflexão sobre ganhos e perdas, referindo-se a uma retrospectiva de toda a experiência da doença, quer seja positiva ou negativa. Esta nova visão da experiência subjetiva do cancro mais direcionada para a experiência de cada mulher, pode contribuir para uma intervenção por parte dos profissionais de saúde na área da oncologia, quer em hospitais ou centros de saúde. Uma intervenção, mais centrada na integração desta doença na vida pessoal da mulher e que potencie uma maior abertura ao *input* destas mulheres acerca do cancro e da vivência individual desta experiência, seja durante o diagnóstico ou tratamentos. Estes resultados podem informar a teoria do CPT através da integração da experiência do cancro nas vidas destas mulheres, podendo ser efetuadas interpretações positivas ou negativas da mesma (reflexão sobre ganhos e perdas), dando-lhe assim significado, sendo que o impacto da escrita narrativa pode também contribuir para o envolvimento individual da experiência do cancro.

Relativamente a estudos futuros, seria importante a investigação qualitativa acerca do suporte social destas mulheres, nomeadamente família, amigos, equipa médica e principalmente, a forma como cada mulher integra cada tipo de suporte na sua experiência do cancro e como cada uma a vivencia.

5. Referências

- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Klibourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., ... Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology, 20*(1), 20-32. doi:10.1037//0278-6133.20.1.20
- Brandão, T., & Matos, P. M. (2015). Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: Uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 33*(1), 98-106. doi:[10.1016/j.rpsp.2015.01.001](https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.001)
- Brandão, C., Taquette, S., & Ribeiro, J. (2017). O papel da investigação qualitativa em psicologia?. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 6*(4), página? doi: 10.17267/2317-3394rps.v6i4.1731
- Bussell, V. A., & Naus, M. J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology, 28*(1), 61-78. doi: 10.1080/07347330903438958
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth-A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds.), *The handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 1-23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., & Danhauer, S. C. (2010). The core beliefs inventory: A brief measure of disruption in the

- assumptive world. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(1), 19-34.
doi:10.1080/10615800802573013
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Solomon, D. T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*, 15(3), 151-166. doi: 10.1080/15325020903375826
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(2), 137-156.
doi:10.1080/10615806.2010.529901
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185. doi:10.1037//0278-6133.20.3.176
- Cordova, M., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwettwer, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology Medical Settings*, 14(4), 308-319. doi: 10.1007/s10880-007-9083-6
- Cruess, D. G., Antoni, M. H., McGregor, B. A., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Alferi, S. M., ... Kumar, M. (2000). Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 304-308. doi:10.1097/00006842-200005000-00002
- Currier, J., Lisman, R., Harris, J., Tait, R., & Erbes, C. (2012). Cognitive processing of trauma and attitudes toward disclosure in the first six months after military deployment. *Journal of Clinical Psychology*, 69(3), 209-221. doi: 10.1002/jclp.21930

- Danhauer, S. C., Russell, G. B., Tedeschi, R. G., Jesse, M. T., Vishnevsky, T., Daley, K., ... & Powell, B. L. (2013). A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(1), 13-24. doi: 10.1007/s10880-012-9304-5.
- Goodwin J., Zhang D., Ostir, G. (2004). Effect of depression on diagnosis, treatment and survival of older women with breast cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(1), 106-111. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52018.x
- Graf, M. C., Gaudiano, B. A., & Geller, P. A. (2008). Written emotional disclosure: A controlled study of the benefits of expressive writing homework in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 18(4), 389-399. doi:10.1080/10503300701691664
- Hutter N., Vogel B., Alexander T. (2013). Are depression and anxiety determinants or indicators of quality of life in breast cancer patients?. *Psychology, Health & Medicine*, 4(18), 412-419. doi: 10.1080/13548506.2012.736624
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 81-99). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kahn, J., & Garrison, A. (2009). Emotional self-disclosure and emotional avoidance: relations with symptoms of depression and anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4), 573-584. doi: 10.1037/a0016574
- Lechner, S. C., & Antoni, M. H. (2004). Posttraumatic growth and group- based interventions for persons dealing with cancer: What have we learned so far?. *Psychological Inquiry*, 15(1), 35-40. Retirado de <http://www.jstor.org/stable/20447199>

- Lepore, S. J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1030-1037. doi: 10.1037//0022-3514.73.5.1030.
- Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 5(1), 50-55. doi:10.1037/a0022030
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (1), 11-21. doi:10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e
- Lopes, M. M. (2015). *Relação entre crenças centrais, estilo de ruminação, expressão emocional, sintomas de perturbação pós-stress traumático e crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama* (Dissertação de doutoramento não publicada). ISPA, Lisboa.
- McGregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B., & Carver, C. S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 1–8. doi:10.1016/S0022-3999(03)00036-9
- Michael Y., Berkman L., Colditz G. (2002). Social Networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(5), 285-293. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00270-7.
- Nosarti C., Roberts J., Crayford T., McKenzie, K., & David, A. S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1123-1130. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00350-1.
- Patrão, I. (2008). *O ciclo psico-oncológico no cancro da mama* (Dissertação de doutoramento não publicada). ISPA, Lisboa.

- Pat-Horenczyk, R., Perry, S., Hamama-Ray, Y., Yuval, Z., Schramm-Yavin, S., & Stemmer, S. M. (2015). Posttraumatic Growth in breast cancer survivors: Constructive and illusory aspects. *Journal of Traumatic Stress, 28*(3), 214-222. doi: 10.1002/jts.22014
- Pavlacic, J. M., Buchanan, E. M., Maxwell, N. P., Hopke, T. G., & Schulenberg, S. E. (2019). A meta-analysis of expressive writing on posttraumatic stress, posttraumatic growth, and quality of life. *Review of General Psychology, 23*(2), 230-250. doi: 10.1177/1089268019831645
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy, 31*(6) 539-548. doi: 10.1016/0005-7967(93)90105-4.
- Pennebaker, J. W. (2010). Expressive writing in a clinical setting. *The Independent Practitioner, 30*, 23-25.
- Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(3), 274-281. doi: 10.1037//0021-843X.95.3.274
- Pennebaker, J. W., Mayne, T., & Francis, M. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*(4), 863-871. doi: 10.1037//0022-3514.72.4.863
- Ramos, A. C. M. B. (2016). Crescimento pós-traumático e crenças centrais em mulheres com cancro da mama: Um programa de intervenção. doi: 10.1186/ISRCTN02221709
- Ramos, C., & Leal, I. (2013). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health, 2*(1), 42-54. doi: <https://doi.org/10.5964/pch.v2i1.39>

- Ramos, C., Leal, I., & Tedeschi, R. G. (2016). Protocol for the psychotherapeutic group intervention for facilitating posttraumatic growth in nonmetastatic breast cancer patients. *BMC Women's Health, 16*(22), 1-9. doi:10.1186/s12905-016-0302-x
- Roepke, A. M. (2014). Psychosocial interventions and posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(1), 129-142. doi:10.1037/a0036872
- Rowland, J., Massie M. (2010). Breast cancer. In Holand J (Coord.), *Psycho-oncology* (pp. 177-186) New York: Oxford University Press.
- Silva S., Crespo C., Canavarro, M. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health, 27*(11), 1323-1341. doi: 10.1080/08870446.2012.676644.
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion?. *Clinical Psychology Review, 29*(1), 24-33. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.006
- Taku, K., Tedeschi, R. G., Cann, A., & Calhoun, L. G. (2009). The culture of disclosure: Effects of perceived reactions to disclosure on posttraumatic growth and distress in japan. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(10), 1226-1243. doi:10.1521/jscp.2009.28.10.1226
- Tomich P., Helgeson V. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology, 23*(1): 16-23. doi: 10.1037/0278-6133.23.1.16
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455-471. doi:10.1002/jts.2490090305
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01

Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G.(2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.

Vahdaninia M., Omidvari S., Montazeri A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(3),355-361. doi: 10.1007/s00127-009-0068-7.

Zakowski, S. G., Ramati, A., Morton, C., Johnson, P., & Flanigan, R. (2004). Written emotional disclosure buffers the effects of social constraints on distress among cancer patients. *Health Psychology*, 23(6), 555-563. doi:: 10.1037/0278-6133.23.6.555

Nome: _____ Nº de estudante _____

Curso: _____

Área de especialização: _____ Ano letivo: _____

Orientador: _____ Data ____/____/____

Título da Dissertação: _____

RESUMO:

Espaço 1 | Nº máximo de palavras: 250 | Margens: Esquerda 3,5 cm | Restantes 2,5 cm

Título da Dissertação (Inglês): _____

ABSTRACT:

Espaço 1 | Nº máximo de palavras: 250 | Margens: Esquerda 3,5 cm | Restantes 2,5 cm

RG40/ANEXO XII
**DECLARAÇÃO
DE DIREITOS DE AUTOR**



DECLARAÇÃO DE DIREITOS DE AUTOR

Nome _____

Documento de identificação nº _____, Telemóvel _____

email _____

MESTRADO

Designação do mestrado _____

Data de conclusão ___/___/_____

Título da dissertação _____

Orientador _____

ADVERTÊNCIA

No âmbito do Repositório ISPA que visa colecionar, preservar e disponibilizar na Internet a produção científica, em texto integral de acesso livre, da comunidade académica do ISPA, são disponibilizadas, para consulta, todas as teses e dissertações realizadas no ISPA.

São arquivados um exemplar em formato digital e em suporte CD, devidamente identificado na capa com os seguintes elementos: Título da Tese, Autor, nº de Estudante, Designação – ISPA Instituto Universitário, Ano Letivo, Curso, Área de Especialização.

Ficam temporariamente excluídas da consulta e empréstimo as teses e dissertações cujos autores pretendam declarar um embargo, justificando devidamente abaixo.

Pretendo restringir o acesso à tese/dissertação acima referida, durante o período de

1 ano; 2 anos, a partir de hoje, com a seguinte justificação devidamente validada pelo respectivo Professor Orientador:

contém dados temporariamente confidenciais; compromisso com edição comercial ou patenteamento (embargo apenas no Repositório)

A subscrição da presente declaração não implica a renúncia à titularidade dos direitos de autor e ao direito de usar a obra em trabalhos futuros, os quais são pertença do seu criador intelectual.

Assinatura do Autor Sofia Cabral _____ ISPA ___/___/_____

Como Professor Orientador da tese/dissertação acima referida, valido a pretensão de embargo aqui registada pelo seu autor.

Assinatura Patricia Ramos _____ ISPA **05/09/2020**

Eu, (nome) _____

declaro por minha honra, que a tese intitulada _____

que apresentei para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em

(designação da área científica) _____

é o resultado da minha investigação pessoal e independente orientada por _____

Declaro ainda que:

- a) o seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e nas referências bibliográficas.
- b) **a tese/dissertação agora entregue corresponde à versão final apresentada ao júri;**
- c) tomei conhecimento de que o ISPA detém a licença não exclusiva para i) disponibilizar em qualquer formato de ficheiro, meio ou suporte digital o documento agora entregue; ii) digitalizar, arquivar e converter o documento, sem alterar o conteúdo, para efeito de preservação ou acesso em repositório institucional;
- d) Tenho consciência de que a utilização de elementos alheios não identificados constitui grave falta ética e disciplinar.

○ Requerente Sofia Cabral Lisboa, ____ de _____ de 20

PARECER DO PROFESSOR DO SEMINÁRIO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO



Para os efeitos do disposto pelo regulamento de dissertações dos cursos de 2º ciclo e Mestrados integrado, em vigor no ISPA – Instituto Universitário, considero que o estudante _____
Sofia Maria Paiva Cabral

inscrito no curso Mestrado em Psicologia,

na área de especialização Psicologia da Saúde,

reúne as condições para solicitar a realização de provas públicas da Dissertação de mestrado.

Declaro também que procedi à verificação da conformidade do presente trabalho, através do protocolo e respectivo *software* de detecção de plágios *TURNITIM*, e não detetei indícios de utilização de elementos alheios não identificados.

O Professor do Seminário de



Lisboa, 05 de Setembro de 2020

Dissertação Assinatura _____

CAMPO 1	
SERVIÇOS ACADÉMICOS	
<input type="checkbox"/>	Observações
Candidato sem UCs em atraso (exceto UC Estágio)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Chefe dos SA _____ Data ___ / ___ / ____	

PARECER DO ORIENTADOR DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO



Eu, _____, Orientador do estudante
_____, com nº de estudante _____,
inscrito no curso _____,
na área de especialização _____,
considero que a versão final da Dissertação de mestrado com o título: _____

cumpre os requisitos para discussão.

Proponho ainda ao Conselho Científico um Júri com a respetiva composição*.

	INSTITUIÇÃO/ORGANIZAÇÃO DE PROVENIÊNCIA
PRESIDENTE: (indicar título académico)	
ARGUENTE: (indicar título académico)	
ORIENTADOR: (indicar título académico)	

* Para elementos do Júri externos deverão ser juntos a este formulário os respectivos curriculum vitae, datados e assinados.

O Orientador: _____

Assinatura: *Patricia Ramos* Data ____/____/____

CONSELHO CIENTÍFICO	DESPACHO DO REITOR
Parecer sobre a composição do júri:	Fundamentação:
Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ O Conselho Científico: _____	Homologado <input type="checkbox"/> Não homologado <input type="checkbox"/> Data ____/____/____
Proposta de alteração da composição do júri:	O Reitor _____
PRESIDENTE	
ARGUENTE	
ORIENTADOR	